

ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Revista médica editada mensalmente pelo

SANATÓRIO SÃO LUCAS

Instituto de ensino e pesquisas da Cirurgia

Diretor: DR. FRANCISCO BRANCO RIBEIRO

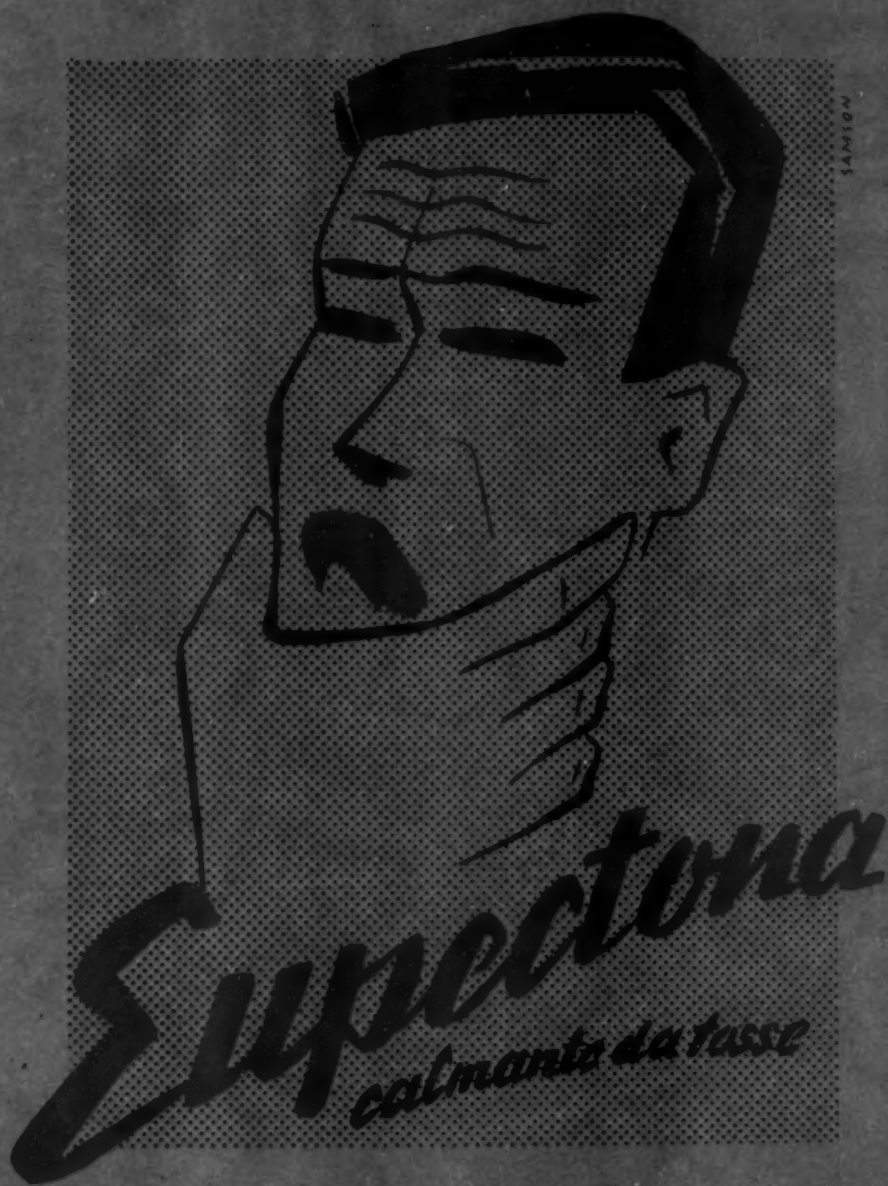
VOL. LXVII

São Paulo, Abril de 1954

N.º 4

Sumário:

	Pág.
Conceito de neuromes traumáticas — Dr. ANTÔNIO MIGUEL LEÃO BRUNO	251
Conceito de sinistrose — Dr. ANTÔNIO MIGUEL LEÃO BRUNO	269
La tunnellisation spongyrotica nel trattamento chirurgico del varicocele — Dr. GIUSEPPE GOZZO	281
Dispositivo para desobstrução de Aspirador Cirúrgico — Dr. RODOLFO GUIMARÃES MONICE	289
Produção Médica de São Paulo:	
Sociedade Médica São Lucas	293
Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo	297
Outras Sociedades	300
Imprensa Médica de São Paulo:	
Sumário dos últimos números	302
Vida Médica de São Paulo:	
Associação Paulista de Medicina	304
Homenagem — Prof. Celestino Bourroul	304
Necrologio — Dr. Jaime Américo	308
Congressos Médicos:	
VII Congresso de Cirurgia Plástica	308
Assunto de Atualidade:	
Censo demográfico de 1950	308
Centro de Estudos Benedito Montenegro	310
Sociedade Brasileira de Proctologia	312
Literatura Médica:	
Livros recebidos	312
Separatas e folhetos recebidos	313
Apreciações	314



SAMSON

LABORATÓRIO TORRES S. A.

VIKASALIL

B₁

EM DRÁGEAS ENTÉRICAS



Anti-Reumático – Analgésico



Associação de Salicilato de Sódio
com Piramido



EFEITO MAIS RÁPIDO.
QUALQUER TIPO DE DOR.



Fórmula:

Salicilato de Sódio	0,50
Piramido	0,10
Vitamina K	0,001
Vitamina B ₁	0,006
Bicarbonato de Sódio	0,03



LABORATÓRIO PHARMA

Marcello, Massara & Cia.

Rua Tabatinguera, 164 – Fone, 33-7579 – São Paulo

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

TABELA DE PREÇOS PARA ANÚNCIOS

CAPA:	Cr\$
2. ^a página da capa (12 x 19 cm.) por vez	1.500,00
3. ^a página da capa (12 x 19 cm.) por vez	1.200,00
4. ^a página da capa (12 x 19 cm.) por vez	2.000,00
TEXTO:	Cr\$
1 página (12 x 19 cm.) por vez	1.500,00
½ página (9 x 12 cm.) por vez	800,00
¼ página (9 x 5,5 cm.) por vez	500,00
Encarte por vez	1.500,00
Página fixa	20% de aumento.

ESTERILIZAÇÃO DO TRACTUS INTESTINAL PELO DERIVADO FTÁLICO DA SULFA

ANASEPTIL = FTALIL

(Ftalil-Sulfatiazol com Vitamina K e B₁)

Absorção praticamente nula, alcançando grande
concentração no conteúdo intestinal

DISENTERIAS

COLIBACILOSES

ENTEROCOLITES

COMPANHIA FARMACÊUTICA BRASILEIRA

VICENTE AMATO SOBRINHO S/A.

Praça da Liberdade, 91

São Paulo

DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

RUA BRAÚLIO GOMES, 25 - 4.º Andar — TELEFONES 4-7744 e 8-5445

PANTOMETIONIN

(Flaconetes de 5 cm³, ampolas de 10 cm³ e comprimidos)

FÓRMULA:

INJETÁVEL (uso endovenoso)

AMPÓLAS DE 10 CM³

Acetil metionina	2,600 g
Cloreto de colina	0,050 g
Glicocolica	0,050 g
Inositol	0,100 g
Vitamina B12	10 mcg.

Soluto glicosado a 30%

q. s. p. 10cm³

O R A L

FLACONETES DE 5 CM³

Acetil metionina	0,650 g
Cloreto de colina	0,500 g
Glicocola	0,050 g
Inositol	0,100 g
Vitamina B12	5 mcg.

Água bi-distilada

q. s. p. 5cm³

COMPRIMIDOS

Cloreto de colina	0,200 g
Metionina (amido ácido)	0,500 g
Inositol	0,100 g
Vitamina B12	2 mcg.
Excipiente q. s. p.	0,900 g

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

*No tratamento das anemias macrocíticas, das
hepatites e toxi-infecções com insuficiência hepática*

APRESENTAÇÃO:

Caixa com 5 ampolas de 10 cm³

Caixa com 5 e 10 flaconetes de 5 cm³

Tubo com 20 comprimidos.

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA

Licença do S. N. F. M. sob os números 799/52, 798/52 e 402/52

Tabela A alínea XIII

Indústria Brasileira

Farm. Resp.: *M. P. Lanzoni*

LABORATÓRIO PHARMA

MARCELLO MASSARA & CIA.

Rua Tabatinguera, 164 — Telefone 33-7579 — São Paulo

NAS EXCITAÇÕES
NERVOSAS



neuro-sedativo - anti-espasmódico - anti-convulsicante



Na hiper-excitabilidade reflexa - Córdio-Sedativo - Na Epilepsia (No Eretismo Córdio-Vascular, Taquicardia Paroxística, Extra-sístoles funcionais, etc.).

A base do célebre

LEPTOLOBIUM ELEGANS

Crataegus Oxiacanta-Bromuretos de Amônios, Sódio, Potássio, etc.

MODO DE USAR: { Adultos: 1 colher, 15 cc. 3 vezes ao dia em água açucarada.
Crianças: a metade.

MEDICAMENTOS ALOPÁTICOS NACIONAIS S/A.

PRODUTOS FARMACÊUTICOS

Rua Rui Barbosa, 577 - Telefone 33-3426 - São Paulo

EUCOLENO

A base de subcarbonato de bismuto, caolim,
peróxido de magnésio hidratado e metilatropina



Curativo
das

colites, apendicite e úlceras gastro-duodenais

Laboratório Gross-Rio

“INTRAIT” DE CASTANHA DA INDIA

DAUSSE

VARIZES - FLEBITES - HEMORRÓIDES

DOSES DIÁRIAS

FORTES	FRACAS
100 a 600 gotas	10 a 20 gotas
Crises hemorroidarias agudas Úlceras varicosas (Para serem usadas nos normotensos)	Para as demais indicações

“INTRAIT” DE VALERIANA

DAUSSE



SEDATIVO VEGETAL

2 a 3 colheres das de chá por dia.

Fabricado no Brasil com licença especial dos Lab. Dausse — Paris - França
pelos Laboratórios Enila S. A., Rua Riachuelo, 242 - Caixa Postal, 484 - Rio.
Filial: Rua Marquês de Itú, 202 — São Paulo



HEXANITOL

HEXANITOL COM RUTINA

Vaso-dilatadores
Hipotensores



HEXANITOL
*baixa a pressão
arterial*

HEXANITOL COM RUTINA
*baixa a pressão arterial
e evita as hemorragias
cerebraes e oculares*

Laboratório Sintético Ltda
Rua Tamandaré 777 Tel-364572
São Paulo

© 1964 S. S. Steg

HEXANITOL COM RUTINA

HEXANITOL





NOVIDADE NA TERAPÊUTICA DA DOR

D O L C S O N A

Sinergia medicamentosa de duas potentes substâncias de ação analgésica e antiespasmódica:
metadona e papaverina

- ★ Alivia a dor sem provocar narcotismo
- ★ Poder analgésico 3 vezes maior que o da morfina e sem os seus inconvenientes
- ★ Ação terapêutica constante e uniforme quer pela profundidade quer pela duração da analgesia
- ★ Não afeta o coração nem a pressão arterial
- ★ Menor depressão respiratória que os opiáceos
- ★ É particularmente ativa nas dores provocadas, mantidas ou exaltadas por espasmos da musculatura lisa.

Ampólas - de 1cm³, em caixas com 5, 25 e 100
Comprimidos - tubos com 10

MEDICAMENTO ENORPECENTE

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA



DOLCSONA

Indústrias Químicas Mangual S. A.

DEPARTAMENTO

DON BAXTER

APRESENTA AS NOVAS SOLUÇÕES EM

VACOLITERS



Ácidos Aminados a 6 % em água destilada.

Soluto de Glucósio a 5 % com Vitaminas B₁, B₂ e PP.

Soluto de Glucósio Isotônico com 10 % de Álcool.

Lactado de Sódio em Solução 1/6 Molar.

Solução Fisiológica de Cloreto de Sódio.

Glucósio em Solução Isotônica de Cloreto de Sódio a 5 % e 10 %.

Solutos de Glucósio em água destilada a 5 % e 10 %.

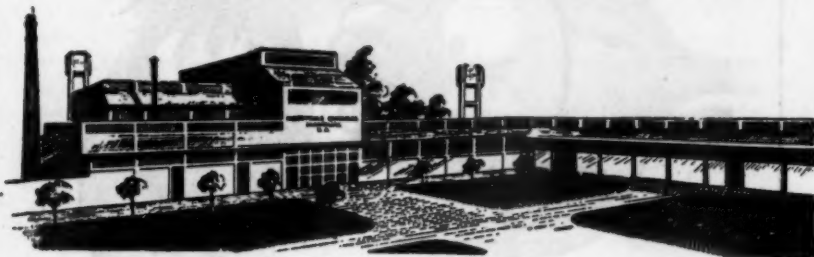
Em frasco de 500 e 1000 cm³

Soluto de Lactado de Sódio e Cloreto de Sódio com Cloreto de Potássio
(Solução de DARROW).

Em frasco de 250 cm³

Material para instalação de Bancos de Sangue :

Transfuso Vac, plasma Vac, conjuntos de colheita e administração de sangue. Plasma humano normal seco (irradiado).




Indústrias Químicas Mangual S. A.

MATRIZ.....: Rio de Janeiro - Rua Paulino Fernandes, 53/55. Telefone: 46-1818
Caixa Postal 3.705 — Enderço Telefónico: "PICOT"

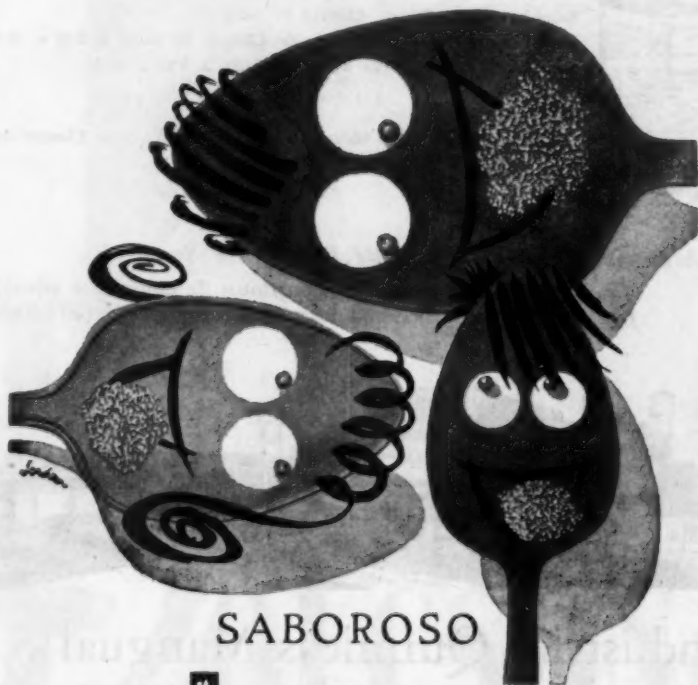
LABORATÓRIOS: Duque de Caxias - Estado do Rio — Rua Campos, 543.

FILIAL.....: São Paulo — Rua Manoel Dutra, 218 — Telefone: 32-9626.
Enderço Telefónico: "BAXTER"

Com frequência os estados de deficiência protéica são acompanhados de carência polivitamínica e mineral.

Proteivitam  *Labor*

PROTEÍNAS
VITAMINAS
SAIS MINERAIS



SABOROSO



LABORTERAPICA S. A.

(Uma instituição apoiada na confiança do médico)

SANTO AMARO (SÃO PAULO)

ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Diretor: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui 114 — Fone, 36-8181 — Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil

Assinatura por 1 ano Cr \$ 200,00 — Número avulso . . . " Cr \$ 20,00

VOL. LVXII

ABRIL DE 1954

N.º 4

Conceito de neuroses traumáticas(*)

DR. ANTÔNIO MIGUEL LEÃO BRUNO

Docente - livre e assistente da cadeira de medicina legal da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Chefe da seção de psicopatologia forense do Instituto Oscar Freire. Presidente da seção de psicologia judiciária da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de S. Paulo.

I

PARTE GERAL

SUMÁRIO: 1. O problema das neuroses traumáticas — problema crucial. 2. Dificuldade na determinação do nexo de causa e efeito. 3. Problemas de nomenclatura e sistematização. 4. Sugestão para uma classificação: as diferentes formas de neurose traumática.

1. O problema das neuroses traumáticas — problema crucial.

— O problema das neuroses traumáticas é de solução árdua, uma vez que muitos sintomas neuróticos se prestam à dúvida quando se trata do estabelecimento do diagnóstico diferencial, máxime naquilo que entende com o fenômeno da simulação. Isto porque em medicina mental os sintomas são, na maioria, sintomas subjetivos. Daí uma desconfiança — muito justificada aliás — contra a tendência que pode ter o paciente de apresentar a sua situação no sentido mais favorável aos seus interesses.

De feito, escasseando meios rigorosos de contraste, minguando sinais objetivos convincentes, o perito se vê obrigado a tomar, por ponto de partida, as informações do examinando, que pode, muito bem, não só exagerar as conseqüências do trauma, como, também, simular perturbações mórbidas.

(*) Tese apresentada ao I Congresso Brasileiro de Medicina Legal e Criminologia da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de S. Paulo, sob o patrocínio da Comissão de IV Centenário da Cidade de S. Paulo (14 a 19 de dezembro de 1953).

Antolha-se, pois, o perito com difíceis problemas quando se defronta com transtornos nervosos ou psíquicos que se não podem ligar a uma alteração orgânica, e que sobrevivem após certos infortúnios do trabalho. Aliás, as neuroses consecutivas aos acidentes do trabalho se assemelham, em tudo e por tudo, às demais neuroses.

2. Dificuldade na determinação do nexo de causa e efeito. — Importante é para a solução do problema enfocado saber o momento exato da eclosão dos sintomas neuróticos, porquanto os pacientes, em geral, apresentam a tendência de filiá-los a um determinado trauma ocorrido no trabalho, embora seja freqüentemente arriscado admitir-se a relação de causa e efeito. As seguintes linhas de Darcy de Mendonça Uchôa encontram inteira acolhida aqui: "A personalidade neurótica existe, em essência, em todo portador de uma psiconeurose manifesta, ainda que, muitas vês, só após um lento e árduo labor analítico, possamos convencer ao paciente que muito antes da atual irrupção dos sintomas já era ele um neurótico em latência, um desajustado a defrontar-se sempre com problemas de difícil ou para ele impossível solução, situações que, quando não solvidas a seu modo, tenderam a despertar pequenas crises de ansiedade, irritabilidade ou fenômenos outros indicadores de nervosidade mais ou menos difusa, insuficientes porém para encaminhá-lo ao médico" ("Traços essenciais da personalidade neurótica". Arq. Assist. Psicop. do Est. de S. Paulo, 8 (1-2): 76, 1943).

Escreve, a este propósito, Léon Imbert ("Accidents du travail", 3.^a ed., 1939, pág. 401), que, na realidade, o acidente se limita a revelar um estado psicopático anterior, sendo, pois, este último exteriorizado pelo acidente; ademais, há que se contar com a simulação e, sobretudo, com a exageração. "O capítulo das neuroses traumáticas, acentua esse autor, é, certamente, o mais obscuro, o mais incerto de todos — o que equivale a dizer que é quase insolúvel".

Do mesmo pensar Léon Gallez: "Este problema das neuroses pós-traumáticas é incontestavelmente o mais interessante, mas, também, o mais difícil que um perito médico possa vir a resolver. Exige de sua parte muito tacto, muita arte e muita ciência" ("La simulation des traumatismes et de leurs conséquences", Paris, A. Maloine, liv. ed., 1909, p. 308).

Surge aqui, pois, um problema que não passa, todavia, daquele problema geral de infortunistica: *Devem ou não ser indenizados aqueles casos em os quais uma predisposição mórbida ficou patenteada?* A solução, cremos, está na lição de nosso mestre professor Flaminio Fávero: "Muitas das dúvidas que a questão do estado anterior suscita na prática, poderiam ser em boa parte desviadas, exigindo-se, nas indústrias, exame prévio do candidato por meio do qual se estabelecesse, com o maior rigor possível, a capacidade de trabalho e o estado de saúde individual. Já se caminha para isso. Até lá, em cada caso concreto, os peritos, de acôrdo com os aplicadores da Lei, devem encarregar-se de minorar as dificuldades

práticas, considerando que não há identidade absoluta de organismo, mas que cada indivíduo apresenta as suas taras, as suas miopragias especiais e particulares, como bem sabem, aliás, as companhias de seguro na taxação dos seus clientes". E noutro passo: "Da Alemanha partiu o exemplo de que não é mister o acidente representar a causa única da morte ou incapacidade, mas basta que concorra para isso. A velha e a nova Lei Brasileira facultam, ao contrário da de 1919, esta interpretação ampla. E nem poderia deixar de ser assim, dado o caráter transaccional da Lei de infortúnios. De fato, se a culpa do operário não o priva da indenização, porque há de fazê-lo o estado anterior inteiramente estranho à sua vontade?" — pergunta aquêlê grande vulto da medicina legal brasileira.

Necessário é, pois, verificar se *tudo* ou *quase tudo* correu por conta do estado anterior ou se, pelo contrário, nos deparamos com uma causalidade que foi idônea para agravar estados mórbidos anteriores mas compatíveis com uma vida e trabalho relativamente normais, sem iminência nefasta próxima.

No que tange às neuroses traumáticas — maiores são os percalços. Cada caso concreto na prática ditará a conduta pericial.

Como se nota, o problema das neuroses traumáticas torna crucial a resolução de outro problema: o problema da simulação. E que se justifica êsse nosso juízo, lembremos, com Chavigny, que se trata de uma questão de escolas e de estudos que ainda se processam — apesar da farta messe de subsídios existentes a respeito. "Se se pretende ser eclético, corre-se o risco de desagradar a todos; no entanto, a verdade, sobretudo em medicina, mui raramente é o apanágio de uma única escola". Como assinala aquêlê autor, "a verdade médica de hoje não é a de ontem nem a de amanhã. A de amanhã possui mais probabilidade de ser um pouco mais completa, mais precisa que a das escolas precedentes" ("Diagnostic des maladies simulées", 2.^a ed., Paris, 1918, p. 10-11).

"E' indispensável na prática, ensina Guillermo Uribe Cualla, fazer uma distinção entre as formas graves e as formas benignas de neuroses consecutivas aos accidentes do trabalho. Os peritos têm uma tendência fatal em confundir indistintamente sob os mesmos termos: histeria, neurastenia, histero-neurastenia, neurose traumática, sinistrose, etc., estados patológicos que são mui diferentes em sua natureza e intensidade" ("La hipocondria en medicina legal", Rev. de Med. Leg. de Colômbia, 2 (11-12):36, julho e agosto de 1939).

Neuroses traumáticas, neuroses pós-traumáticas ou neuroses de acidente não constituem, de fato, absolutamente, nenhuma doença unitária. Adverte Oswald Bumke no tocante a êste ponto: "nem o terreno constitucional sôbre que se assentam, nem o mecanismo psicológico de sua produção são em todos os casos idênticos. Alguns neuróticos se acham predestinados, por suas características psíquicas, não só a uma elaboração neurótica de um acidente como,

outrossim, se encontram em condições de mais facilmente o sofrerem. A parte os histéricos que desejam um acidente, isto também é certo em relação a determinados indivíduos hiperangustiadados e em relação àqueles que são excessivamente apressados e ambiciosos. Todos eles, uns por sua falta de segurança, outros pela sua imprudência, incorrem mais facilmente em perigos que a generalidade das pessoas, e, sob determinadas circunstâncias, também em acidentes. Não obstante, a atitude psíquica que pode surgir por causa de uma neurose de acidente, não é idêntica em todos os enfermos. A inclinação mais ou menos acentuada para as reações histéricas, o temperamento hipocondríaco-angustioso, o temperamento predominantemente querelante ou uma incapacidade ou fatigabilidade neuropática constitucional, caracterizam os tipos mais frequentemente observados nestas ocasiões, tipos que, todavia, não se delimitam entre si, mas, sim, que se mesclam e entrecruzam" ("Nuevo tratado de enfermedades mentales", trad. esp., F. Seix, ed., 1946, p. 251-252).

Impende ser feito um estudo completo da personalidade do acidentado ou pseudo-acidentado, estudo este complexo, como muito bem salienta Antonio Vallejo Nágera. São desse autor as seguintes palavras: "a patomímia clínica constitui um problema psicológico complexo, mui diversamente interpretado pelos autores, quicá pela multiplicidade de fatores que intervêm em seu processo psicológico (sendo o principal deles a personalidade ou constituição biopsíquica do patomíma). Os progressos da investigação psiquiátrica e endocrinológica demonstram a importância dos fatores constitucionais na reação psicológica em face do meio ambiente, como assinala, também, a Biotipologia a correlação entre a forma do corpo e o temperamento; desta guisa inferimos que na patomímia clínica exerce excepcional importância o terreno em que aquela germina e floresce. A maior ou menor tendência individual à patomímia, a resistência do indivíduo em face das tendências endógenas patomímicas, apresentam, consoante nosso juízo, uma origem constitucional, se bem que sopitadas, graças a influências de ordem intelectual, cultural e moral. As estatísticas demonstram a anormalidade caracterológica dos simuladores na imensa maioria dos casos e o predomínio dos psicópatas, principalmente histeróides, entre os patomímas, inferindo-se disto que a inata tendência humana de refugiar-se na enfermidade se acha favorecida por fatores constitucionais sem que se afaste a influência dos elementos adquiridos da personalidade. Efetivamente, sabemos que a conduta humana, a cada momento da vida, é um efeito direto da atividade psíquica total e que intervêm tanto os fatores constitucionais da personalidade (biótipo, temperamento, inteligência, instintos), como os adquiridos (caráter, cabedal de conhecimentos, vivências e experiências). Todavia, entre os fatores adquiridos da personalidade, as qualidades éticas são as que mais frequentemente intervêm na conduta humana, a qual depende mais da educação (formação do

caráter) do que do grau de inteligência individual" ("La enfermedad simulada", 3.^a ed., Salvat, ed., p. 41-42).

Do exposto se conclui quão árdua é, por vèzes, a tarefa pericial: fatores biológicos e fatores mesológicos devem ser bem sopesados em cada caso concreto para o perfeito estabelecimento do nexo de causa e efeito.

3. Problemas de nomenclatura e sistematização. — O empenho de se fazer uma classificação é bem delicado, não só tendo-se em vista as diretrizes a serem observadas propriamente na divisão, como, outrossim, no que toca à escolha dos termos a serem empregados. Este juízo encontra plena confirmação no respeito ao tema ora focado. Haja vista ao cuidado de certos autores ao rotularem tais estados mórbidos de — *neuroses traumáticas, neuroses pós-traumáticas, neuroses de acidente, neuroses do trabalho, neuroses profissionais*, etc.

Há críticas procedentes, como a de Nelson Pires, por exemplo: "Kraepelin — pondera aquêle autor — já falava de ponopatias referindo-se aos distúrbios mentais circunscritos aos misteres ocupacionais. Kraepelin foi ultrapassado por aquisições de tóda ordem: psicanalítica, constitucionalista, psicossomática e medicina integral. Não importa mais a nomenclatura, preocupação exagerada da psiquiatria antiga; mais importante é a compreensão total do distúrbio. Há mesmo no distrito que estudamos, em certos casos, semelhanças extremas entre as neuroses do indivíduo e a que poderíamos chamar "neuroses sociais" — reações de reivindicação dos desprotegidos da fortuna — as greves proletárias, as revoltas mal sucedidas dos movimentos populares que ensejam novos ajustes ou novos conflitos com o poder" ("Neuroses profissionais", "in" "Arq. neuropsiquiat.", São Paulo, 3 (3), set. 1945, p. 234).

Apesar das justas críticas que a poderão atingir — conveniências didáticas impõem-nos, porém, a obrigação de fornecer uma classificação. Objetivos práticos, especialmente de ordem médico-legal, nela, porventura, se vislumbrarão.

4. Sugestão para uma classificação: as diferentes formas de neurose traumática. — Há certa tendência moderna de se considerar qual neurose traumática verdadeira aquela que resulta exclusivamente dos dois fatores seguintes:

1.^o uma comoção cerebral, com ferida leve ou sem esta, produzida por trauma encéfalo-medular;

2.^o uma emoção violenta ou uma série de emoções repetidas que acompanharam, antecederam ou sucederam ao trauma.

Não adotamos essa diretriz — embora, com o nosso critério eclético, corramos o risco de descontentar a todos. Assiste razão a Chavigny quando se manifesta a respeito de atitudes como esta.

Não a adotamos pelas razões que se seguem:

- 1.^a) Consoante nossa conceituação as neuroses traumáticas podem derivar não apenas de traumatismos encéfalo-medulares, sejam *diretos* ou *indiretos*, como, outrossim, de traumatismos que se assestaram em outras regiões do corpo, — desde, porém, que tenham tido repercussão de ordem nervosa e, mesmo, psíquica.

Naturalmente, quando há comoção cerebral originada de trauma encéfalo-medular, pode-se manifestar uma síndrome neurótica — ou mesmo psicótica — em que o nexo de causa e efeito é de facilíma apreciação, por isso que o fator mesológico foi tudo ou quase tudo na gênese da aludida síndrome. Nestas eventualidades defrontamo-nos com a assim chamada por alguns autores de *neurose traumática autêntica* (vêde, por exemplo, Edmundo Rico — “El problema médico-legal de la neurosis traumática” in Rev. de Med. Leg. de Colombia, 10 (53-56), julho a dezembro de 1948: 306-312).

A avaliação do nexo de causa e efeito em relação às neuroses derivadas de traumatismos encefálicos ou medulares é, pois, muito simples.

Todavia, se nos casos de lesões que se assestam em outras sedes, êsse nexo etiológico não é tão claro, — será, sem embargo, sempre possível estabelecê-lo naquelas hipóteses em que o estudo cuidadoso do caso, inclusive dos comemorativos, demonstrarem uma real influência do trauma na gênese da neurose ou, pelo menos, a sua repercussão numa personalidade hiperemotiva, de sorte a exagerar ou agravar traços neuróticos preexistentes.

Não se diga que nestes últimos casos intervém unicamente — ou quase inteiramente — a constituição individual (personalidade hiperemotiva). Intervém, sim, o fator biológico (e não pudera ser diferente), mas não deixa de interferir, também, o fator mesológico, representado pelo trauma, — e a apreciação da importância dêsse sòmente poderá ser feita após o exame de cada caso concreto.

Aliás, para a caracterização da assim chamada “neurose traumática autêntica” — não acentuam os seus adeptos que se faz necessária a existência de uma constituição ou temperamento emotivo, além da comoção cerebral dimanada de trauma encéfalo-medular? (1).

Requisito, no entanto, para que determinada síndrome neurótica possa ser classificada qual neurose traumática: que tenha havido um *trauma* — físico, psíquico ou misto — idôneo para ser responsabilizado pelo evento: eclosão ou, mesmo, agravação (não nos esqueçamos) de um estado mórbido anterior e, pois, acidente do trabalho (na hipótese de se tratar de um empregado na conceituação da legislação especial vigente).

Por quê, pois, afastar do quadro de classificação das neuroses traumáticas estas últimas formas? Por quê rejeitá-las — se, mesmo os

(1) Vêde, por exemplo, Edmundo Rico, ob. cit., p. 300 e 310.



e depuis...

ACICLASE L.P.B.

ACICLASE

ANTIÁCIDO MODERNO A BASE DE

- ácido aminoacético (glicina)
- carbonato de cálcio
- extrato de beladona

DE AÇÃO RÁPIDA E INTENSA

- na hiperacidez gástrica
- nas úlceras gastro duodenais

ACICLASE L. P. B. não provoca constipações intestinais ou outros fenômenos secundários.

Fórmula aceita oficialmente entre os New and
Nonofficial Remedies em 1950

Dóse diária a critério médico

Estojo com 20 comprimidos

AMOSTRAS A DISPOSIÇÃO DOS SNRS. MÉDICOS

DEPARTAMENTO DE PROPAGANDA

LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S/A

RUA SÃO LUIZ, 161 — CAIXA POSTAL, 8.086 — FONE: 34-5106
SÃO PAULO

que assim procedem, não deixam de conceder aos pacientes, qual consequência desses estados, uma incapacidade temporária? (2).

Ora, ou são casos de neurose determinados ou, pelo menos, influenciados pelo trauma, ou não o são; ou são casos de interesse da infortunística ou não o são; ou devem ser compreendidos na série de fenômenos que podem ligar-se ao fator "trabalho", ou não; ou devem ser indenizados como legítimos casos de acidente do trabalho (se, evidentemente, se subordinarem aos requisitos por nós apontados anteriormente e, então, não há esquivar-se de os considerar quais casos de neurose traumática) ou não devem ser indenizados a nenhum outro título, visto que lhes faltaria o amparo legal. Nunca um meio termo, cremos.

- 2.^a) A simples leitura da fórmula com que sintetizam a conceituação da neurose traumática está, ademais, a demonstrar, cremos, a falibilidade do critério esposado por alguns tratadistas:

Neurose traumática = comoção cerebral (provinha de trauma encéfalo-medular) + constituição emotiva.

Depreende-se do exposto que, isoladamente, quer a comoção cerebral, quer a constituição emotiva, não são idôneas para desencadear a neurose que é objeto do presente estudo. Devem somar-se os dois fatores. Ou, mais especificadamente:

- a) os efeitos de um traumatismo encefálico ou medular que se assemem em alguém que não seja uma personalidade emotiva (melhor diríamos: hiperemotiva) — não são casos de neurose traumática;
- b) os efeitos de um traumatismo que tenha por sede outras regiões que não o encéfalo ou a medula — não seriam, por igual, casos de neurose traumática.

Ora, além dos traumatismos encéfalo-medulares, — não poderão traumas outros produzir numa personalidade hiperemotiva quadros tão graves como os que se originam dos primeiros? Evidentemente que sim, dependendo os efeitos do maior ou menor volume dos traços mioprágicos apresentados por determinada personalidade hiperemotiva.

O ponto essencial para nós não reside na sede da lesão; assenta-se, no capítulo da infortunística, em saber 1) se houve ou não trauma verificado pelo exercício do trabalho; 2) se ele foi ou não idôneo para manifestar ou agravar certos quadros mórbidos: a neurose, no problema em estudo. Não nos olvidemos que, para o estabelecimento do nexo de causa e efeito entre o trabalho e o mal inquinado, suficiente é que a atividade operária, direta ou indiretamente, próxima ou remotamente, tenha influido na produção, irrupção ou agravação do dano.

(2) Outro ponto para ser discutido: Soem ser classificados tais casos qual incapacidade temporária. Por quê não — permanente? Pois não será apenas a evolução de cada caso concreto que poderá elucidar a respeito? E que portanto, será difícil "a priori" manifestar-se categoricamente o perito-médico?

A classificação proposta por Stölper em relação às psicoses oriundas de traumatismos cranianos, poderia, se modificada e ampliada, servir de guia para todos os casos de neurose traumática:

- 1.º) *trauma-neurose*: o traumatismo é tudo ou quase tudo na gênese da neurose; neurose pós-traumática; é caso de indenização.
- 2.º) *trauma-predisposição-neurose*: o traumatismo cria uma predisposição que, em face de uma causa posterior, porá de manifesto a neurose; neurose pós-traumática; é caso de indenização.
- 3.º) *predisposição-trauma-neurose*: o traumatismo revela uma predisposição existente e a exagera ou agrava; deve ser considerada qual neurose pós-traumática; é caso de indenização.
- 4.º) *neurose-trauma*: a neurose já estava perfeitamente individualizada e manifestada antes de se dar o incriminado trauma; é uma neurose pré-traumática; não é caso de indenização; vê-lo-á em relação às lesões somáticas e funcionais decorrentes exclusivamente do trauma, se, porventura, o empregador haja assumido o risco de contratar o empregado.

Como se vai inferir da classificação que será dada adiante — e reputamos muito importante fazer a presente ressalva para que se evitem futuros equívocos — apenas levaremos em linha de conta, nesta exposição, aqueles transtornos traumáticos de sistema nervoso caracterizados tão somente por fenômenos funcionais e em que se torna mui difícil a demonstração do substrato anômico do alterado dinamismo; vale dizer, as *neuroses traumáticas propriamente ditas*, i. é, aquelas neuroses que, em face do problema da simulação, apresentem maior interesse do ponto de vista médico-legal.

Eis a nossa sugestão para a classificação das neuroses traumáticas:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <i>Neuroses traumáticas propriamente ditas</i> | { | 1.º) Forma emotiva simples. | |
| | | 2.º) Neurastenia traumática. | |
| | | 3.º) Histero-traumatismo. | |
| | | 4.º) Histero-neurastenia traumática. | |
| | | 5.º) Sinistrose | <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <div style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">{</div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> a) neurose traumática de forma hipocondríaca;
 b) neurose traumática de forma reivindicatória;
 c) neurose de tratamento. </div> </div> |
| | | 6.º) Neurose ou diátese autotraumatófila (3). | |

(3) Por motivos que adiante serão aduzidos, preferimos denominar "neurose ou diátese autotraumatófila" a assim chamada por Freud de "diátese traumatófila".

Em rigor esta última variedade não deveria ser compreendida na divisão. Não a excluímos da classificação pelos motivos que serão expostos ao discorrermos sobre essa interessante forma de neurose.

II

PARTE ESPECIAL

SUMÁRIO: 1. Forma emotiva simples. 2. Neurastenia traumática. 3. Histero-traumatismo. 4. Histero-neurastenia traumática. 5. Sinistrose: a) neurose traumática de forma hipocondríaca; b) neurose traumática de forma reivindicatória; c) neurose de tratamento. 6. Neurose ou diátese autotraumatófila.

1. Forma emotiva simples. — Certos empregados, qual efeito de um trauma, quer físico, quer psíquico, apresentam a seguinte fenomenologia: palpitações, taquicardia, dispnéia, tremores, hiperhidroses paroxísticas, diarreia, poliúria e polaquíúria, transtornos cenestésicos, ansiedade cardíaca, respiratória e digestiva, etc. Ensina o professor Pacheco e Silva que tais perturbações se agravam, possivelmente, pela formação de um reflexo condicionado, quando tais pacientes voltam a ocupar o mesmo lugar que exerciam ao se verificar o acidente ("Psiquiatria clínica e forense", 2.^a ed., Ed. Renascença S. A., São Paulo, 1951, p. 535).

Defrontamo-nos nesses casos, geralmente, com personalidades hiperemotivas, máxime se o acidente não justifica, pela sua pequena intensidade, a sintomatologia referida.

2. Neurastenia traumática. — A neurastenia se caracteriza por um esgotamento nervoso e pelo aparecimento de fenômenos psíquicos secundários, tais como: dúvidas, obsessões, escrúpulos, irritabilidade, diminuição da atividade mental, etc.

Neurastenia traumática é aquela neurastenia que surge após certos acidentes, máxime naqueles traumas acompanhados de comoção cerebral.

Clinicamente o quadro é assinalado por desnutrição, desordens neuro-vegetativas, astenia neuro-muscular, cefalalgias, insônias, atenção exaurível em breve espaço de tempo, sinais de cansaço cerebral mesmo após pequeno esforço mental, vertigens, raquialgia, dores erráticas pelos membros, moderada ansiedade precordial, distúrbios cardíacos, tremor, vagas parestesias, dispepsia, semi-impotência ou impotência genital, tristeza. Registre-se o fato de que o paciente tem perfeita consciência dos seus distúrbios.

A neurastenia traumática pode aparecer tardiamente.

A neurose ora em estudo é a mais encontrada na prática. Constituiria, segundo Morselli, cerca de três quintos — e até mais — de todos os casos de neuro-traumatismo.

Quando bem comprovado o acidente, sendo este idôneo para desencadear o quadro acima, deve ser dada uma indenização ao empregado: variará esta, naturalmente, conforme a sintomatologia. Na prática médico — legal devemos nos basear em sintomas objetivos (emagrecimento, hipertensão, etc).

3. Histero-traumatismo. — Trata-se de um conjunto de perturbações funcionais que muito se assemelham às que irrompem em consequência de lesões orgânicas do sistema nervoso, mas que destas se distinguem pelo fato de poderem aparecer ou desaparecer, instantaneamente, pela tão só influência da sugestão. "O histerico — escreve Souques, citado por Léon Gallez — é um ser extraordinariamente crédulo e nele uma idéia, uma sugestão provinda do exterior, assume enormes proporções, invade o espírito, chegando até ao ponto de obsedá-lo, de dar origem a uma alucinação e de se traduzir objetivamente sob um aspecto clínico apropriado" ("La simulation des traumatismes et de leurs conséquences", A. Maloine, liv. ed. Paris, 1909, p. 342).

Devemos acrescentar, porém, que sempre deve haver, nesses casos, a ação prévia de um traumatismo — já físico, já psíquico — que vai representar um papel importante no processo autossugestivo. A simples persuasão poderá, em muitas conjunturas, restabelecer o padecente.

A histeria pode manifestar-se após qualquer trauma, seja qual for a sua natureza e intensidade (em personalidades predispostas, evidentemente).

Fato interessante e paradoxal: raramente ela surge qual consequência de ferimentos graves; freqüentemente, mesmo, não há feridas ou insinificantes são as lesões objetivas. O traumatismo pode agir de duas maneiras: 1) determinando uma simples manifestação de histeria local (paralisia flácida, contratura, artralgia, etc); 2) determinando, de pronto, fenômenos histéricos gerais, sem provocar manifestação local alguma (ataque convulsivo, por exemplo).

Aliás, os diversos sintomas da neurose podem combinar-se de muitos modos, de sorte a poder catalogar-se a histeria traumática qual afecção proteiforme.

O histero-traumatismo comporta tôdas as manifestações da histeria: paralisias, contraturas, anestésias, algias, convulsões, perturbações sensoriais e, mesmo, certos transtornos mentais.

Aconselha Léon Gallez (ob. cit., p. 342) que, antes de firmar o diagnóstico de *histeria traumática* deverá o perito:

- 1.º) Eliminar a hipótese da existência de uma lesão orgânica cerebral, medular, neurítica ou articular;
- 2.º) discutir a possibilidade de uma associação histero-orgânica;
- 3.º) lembrar-se da simulação inconsciente, habitual na histeria;
- 4.º) verificar se existe simulação ou exageração voluntária.

Recomenda, ainda, aquêle autor, ao perito, não levar em grande conta os informes do examinando naquilo que entende com a natureza e circunstâncias do acidente. Insiste, ademais, no fato de que o médico-legista deve conduzir com cautela os interrogatórios e exames para evitar que se criem ou se estendam ou se fixem paralisias, anestésias ou contraturas histéricas.

Pode dar-se o caso que a perturbação, contratura ou paralisia, puramente funcional no começo, se transforme, com o decorrer do tempo (se o mal se prolonga por anos) em estados tróficos materiais, evidentes e graves.

Destarte, é de se preconizar — como o faz Léon Imbert (ob. cit. p. 406) — que o período de observação se resuma apenas a algumas semanas ou, no máximo, a quatro ou cinco meses; período ativo, porém, durante o qual, além do tratamento adequado por clínico especialista, será o paciente objeto de cuidadosa observação pericial: tal será a duração média da consolidação.

Na hipótese de se ter verificado realmente um trauma, a indenização deve corresponder às perturbações surgidas, sejam ou não de origem neuropática.

Inconvenientes sérios, contudo, podem derivar na prática se se não consegue estabelecer com precisão o diagnóstico diferencial entre uma perturbação funcional histérica, uma lesão anatômica ou um caso de simulação. "Confundir uma perturbação funcional histérica, psíquica, com um caso de lesão anatômica ou com a simulação — é grave, em quase tôdas as eventualidades", adverte Chavigny. "Isto porque — esclarece aquêle autor — se se crê numa lesão anatômica, negligencia-se a terapêutica pela sugestão, que na maioria dos casos enseja bons resultados; se se conclui pela simulação, as conseqüências, assim de ordem disciplinar como judiciária são injustas e perniciosas" (ob. cit. p. 148).

4. **Histero-neurastenia traumática.** — Nesta variedade, forma mista, concorrem, ao mesmo tempo, sintomas pertinentes às duas formas anteriormente descritas.

5. **Sinistrose.** — Com o termo *sinistrose* quer-se significar determinados sentimentos de insegurança ou expectativa de que se vêem dominados alguns padecentes — angústia obsessiva dos acidentados do trabalho —, fenomenologia esta que deriva do temor de uma falsa idéia predominante que os induz a acreditarem, já na incurabilidade das lesões que apresentam — ou julgam apresentar —, já na diminuição da sua capacidade laborativa.

Está geralmente convencionado, desde Brissaud, que o nome de *sinistrose* se deve empregar apenas em relação à forma reivindicatória da neurose traumática, isto é, quando há, por parte do empregado, aquela obstinada preocupação do modo mais seguro de obter uma indenização.

Nós outros, pelas razões que foram aduzidas em outra nossa contribuição (4), sugerimos que a denominação de *sinistrose* seja usada não só para aquela entidade, como, outrossim, para a *neurose traumática de forma hipocondríaca*.

Quer-nos parecer que, assim do ponto de vista gramatical como científico, nada há a opor a essa diretriz.

Aliás, designio é dos especialistas tentarem cada vez mais aperfeiçoar a conceituação da matéria. E tanto assim é que Julliard — citado por Léon Imbert (ob. cit., p. 408) —, com o nome de *neurose de tratamento*, nos fala de uma outra interessante *neurose* que é por ele incluída no âmbito da *sinistrose*.

Desta guisa, poderíamos considerar a denominação de *sinistrose* qual gênero das 3 espécies seguintes:

- Sinistrose* { a) *neurose traumática de forma hipocondríaca*;
b) *neurose traumática de forma reivindicatória*;
c) *neurose de tratamento*.

Veja-se o desenvolvimento do presente assunto em o nosso trabalho — “Conceito de *sinistrose*” (4).

6. *Neurose ou diátese autotraumatófila*. — *Neurose autotraumatófila* se chama aquela mórbida satisfação que sentem determinados neuróticos em provocar em si mesmos certos ferimentos, certas mutilações ou outras lesões.

“Diátese traumatófila”, “autoplegofilia”, “disposição, predisposição ou vocação para o acidente”, “disposição ou vocação para a operação cirúrgica”, — eis como é conhecida a forma a ser agora estudada.

Tendo-se em vista a matéria de que é objeto esta dissertação, poderíamos sugerir estoutros nomes: “diátese ou *neurose auto-algófila*” e “diátese ou *neurose autotraumatófila*”. A denominação de “*neurose algófila*” bem como a de “diátese ou *neurose traumatófila*” teriam um sentido mais amplo, indicariam não só aquêlê espírito de agressividade contra si mesmo, como, também, contra os outros (auto- e hetero-*algofilia*, auto- e hetero-*traumatofilia*). Na matéria enfocada seriam, pois, mais precisas as denominações de “*neurose ou diátese autotraumatófila*”, “*neurose ou diátese auto-algófila*”, ou, simplesmente, *autotraumatofilia* e *auto-algofilia*.

Se, em relação às síndromes anteriormente descritas, nem sempre podemos ter certeza absoluta quanto à época exata do aparecimento dos sintomas neuróticos — em face do diagnóstico da presente variedade, a conclusão se impõe: pelas suas características próprias defrontamo-nos com uma — digamo-la assim — *neurose pré-traumática* (5).

(4) Bruno, Antônio Leão — 1953 — Conceito de *sinistrose*. Tese apresentada ao I Congresso de Medicina Legal e Criminologia (14 a 19 de dezembro de 1953).

(5) Bruno, Antônio Miguel Leão — 1951 — *Neuroses traumáticas e simulação*. Res. “In” Arq. Soc. Med. Leg. e Crim. S. Paulo, vol. 21, p. 66.

Escrevemos atrás que esta variedade, em rigor, não deveria ser compreendida na classificação das neuroses traumáticas propriamente ditas. Não a excluímos dessa divisão pelos seguintes motivos. 1) porque ela se efetiva por ocasião do trabalho; 2) porque a neurose em aprêço pode ter sido agravada pelo fator "trabalho" (e, destarte, de acordo com o espírito de nosso diploma de acidentes do trabalho, merecer o paciente o amparo legal); 3) porque o seu estudo, com as demais neuroses daquele grupo, apresenta grande importância para os propósitos do diagnóstico diferencial; 4) porque considerações didáticas aconselham essa diretriz.

Se nas neuroses pós-traumáticas a neurose é o *efeito* do trauma (trauma-neurose), nas neuroses pré-traumáticas a neurose é a *causa* do traumatismo (neurose-traumatismo).

"E' velha a experiência dos psiquiatras no tocante ao fenômeno de que alguns neuróticos encontram mórbida satisfação em sofrer intervenções cirúrgicas", salienta Eduardo Krapf. De feito, "a psicanálise demonstrou que muitos destes enfermos buscam o bisturi impulsionados por tendências de tipo masoquista. Gozam eles no meio da atmosfera dramática da sala de operações o papel de primeiro ator que lhes corresponde" (6).

Como bem demonstraram K. A. Tramm ("Unfallhäufigkeit und persönliche Eigenschaften" in *Werkstattstenik*, 18: 325, 1924) e K. Marbe (*Praktische der Unfälle und Betriebsschäden*", München-Berlin, 1926), assim como há uma predisposição para a operação cirúrgica, há, também, uma predisposição para o acidente. Os estudos de Marbe são bem elucidativos: entre 2.000 inscritos numa companhia de seguros examinados por aquele autor, havia muitas pessoas que, nos primeiros 5 anos de seguro, não tinham sofrido *nenhum acidente*: estas pessoas patentearam num segundo lapso de 5 anos uma média de 0,52 acidente; havia, em compensação, outros operários que, com riscos similares, haviam revelado nos primeiros 5 anos *um ou mais acidentes* — e estes tiveram no segundo período uma média de 1,34 acidentes, diferença esta bem significativa, máxime se levarmos em conta que as profissões e ocupações dos indivíduos nos dois grupos eram semelhantes é, objetivamente, ofereciam mais ou menos os mesmos riscos.

Os achados de Marbe foram confirmados por muitos outros autores, especialmente nos Estados Unidos da América do Norte.

(6) Vêde o excelente estudo adiante citado de E. Eduardo Krapf.

No tocante à "vocação para a operação cirúrgica" convém lido o trabalho de Durval Marcondes — "Um aspecto psicanalítico da cirurgia" (Rev. de Cir. de S. Paulo, 1:455, 1935), no qual se vêem preciosas apreciações à luz da psicologia profunda.

Os móveis e motivos (motivos determinantes ou supostos tais) da autotraumatofilia são os mais variados e variegados, todos eles atuando, é óbvio, em organismos predispostos.

Na enfermaria da magnífica clínica psiquiátrica da nossa Faculdade de Medicina, serviço do professor A. C. Pacheco e Silva, tivemos a oportunidade de ver interessante caso de auto-lesionismo: tratava-se de uma jovem de cor preta que, há pouco tempo atrás, na iminência de ser detida por policiais, produzida, com instrumento cortante, um grande número de incisões por todo o corpo (reincidente nessa prática).

Eduardo Krapf apresentou à Sociedade Argentina de Criminologia uma observação de valor a respeito ("Accidentes y operaciones como expresión de tendencias auto-destructivas", Rev. de Psiq. y Crim., Buenos Aires, 9 (47), 145-150, 1944).

Entre nós, num estudo interessante apresentado à Sociedade de Psicologia de São Paulo, em 25 de setembro de 1946, por Cícero Christiano de Sousa, há referência a um caso bem elucidativo: a observação se reporta a um operário presa de uma neurose deste tipo e que em doze meses e alguns dias registrou 17 acidentes. O psicodiagnóstico de Rorschach confirmou tratar-se de uma personalidade neurótica. Procurando dar uma explicação psicanalítica para o caso, e diante dos dados relativos à família do paciente e à sua vida anterior, admitiu o autor que tais acidentes indicam: 1) no plano mais profundo, uma agressividade pré-edipiana introjetada contra a mãe; 2) mais superficialmente, autocastração para se castigar dos desejos contidos no complexo de Édipo e evitar que se realizem; 3) mais superficialmente ainda, há a considerar o lucro secundário do sintoma: quando acidentado — é o operário socorrido e, pois, recebe parte de seu salário, ainda que sem trabalhar, sendo neurótico — pode tornar-se inconscientemente desejável ser acidentado. "A afirmativa mais segura que podemos fazer" — escreve o citado autor noutro passo de seu estudo — "é que os acidentes e suas conseqüências representam, em definitivo, uma autopunição mercê de sentimento de culpa inconsciente" ("Accidentes múltiplos como sintoma neurótico", in Arq. Neuro-Psiquiat. (São Paulo), 5 (2), junho 1947, p. 155-166).

Hoje já se chegou à convicção de que a maior parte dos acidentes: 88-90% dos infortúnios industriais, consoante J. H. Huddleson ("Accidents, neuroses and compensation", Baltimore, 1932), "parecem estar relacionados com algo da personalidade do indivíduo", conforme lembra F. Dunbar ("Psychosomatic Diagnosis", Nova York-Londres, 1943).

Que é este "algo"? pergunta E. Eduardo Krapf no trabalho supramencionado.

Dunbar e seus colaboradores estudaram a personalidade dos enfermos com fraturas ósseas e encontraram uma tendência geral para a "exteriorização ativa" ("acting-out") dos conflitos internos, os quais, por sua vez, se baseavam numa forte agressividade dirigida sobretudo contra as ordens de uma autoridade subjetivamente opressiva.

Importante, pois, nestas eventualidades, a apreciação do elemento psicológico.

Até que medida intervém a vontade do indivíduo nesse mecanismo de ação?

Cremos que somente o exame de cada caso poderá elucidar o problema.

O professor A. C. Pacheco e Silva, com muita clareza, discorreu sobre o assunto na sua contribuição. "Propensão aos acidentes",

salientando a importância dos estudos psicológicos na apreciação dos acidentes do trabalho e na sua profilaxia, sobretudo quando se tratar de recidivantes que, não obstante as precauções tomadas, voltam a sofrer novos infortúnios, justificando a sua inclusão no grupo dos indivíduos predispostos ou propensos a acidentes (7).

III

CONCLUSÕES

1.^a Um dos problemas mais delicados em psicopatologia forense do trabalho é o referente às assim chamadas neuroses traumáticas.

2.^a Pelos motivos aduzidos nesta dissertação e com as restrições aí apontadas poderíamos classificar da seguinte maneira as neuroses traumáticas propriamente ditas: 1) Forma emotiva simples; 2) Neurastenia traumática; 3) Histero-traumatismo; 4) Histero-neurastenia traumática; 5) Sinistrose: a) neurose traumática de forma hipocondríaca; b) neurose traumática de forma reivindicatória; c) neurose de tratamento; 6) Neurose ou diátese autotraumatófila.

3.^a O problema da simulação, não poucas vezes, se acha intimamente ligado ao problema das neuroses traumáticas, e, de tal sorte, que se pode dizer que o problema das neuroses traumáticas torna cruciante o problema da simulação.

4.^a Em matéria de acidentes do trabalho a neurose revelada por um trauma de certa monta — físico, psíquico ou misto — deve ser objeto de indenização.

5.^a Importante é para a solução do problema enfocado nesta dissertação saber o momento exato da eclosão dos sintomas neuróticos. A classificação proposta por Stölper, em relação às psicoses oriundas de traumatismos cranianos, e por nós modificada e ampliada, poderia servir de guia para todos os casos de neurose traumática:

- 1.^o) *trauma-neurose*: o traumatismo é tudo ou quase tudo na gênese da neurose; neurose pós-traumática; é caso de indenização.
- 2.^o) *trauma-predisposição-neurose*: o traumatismo cria uma predisposição que, em face de uma causa ulterior, porá de manifesto a neurose; neurose pós-traumática; é caso de indenização.

(7) Pacheco e Silva, A. C. — 1948 — A psiquiatria e a vida moderna. S. Paulo, p. 155-162.

3.º) *predisposição-trauma-neurose*: o traumatismo revela uma predisposição existente e a exagera ou agrava; deve ser considerada qual neurose pós-traumática; é caso de indenização.

4.º) *neurose-trauma*: a neurose já estava perfeitamente individualizada e manifestada antes de se registrar o incriminado trauma; é uma neurose pré-traumática; não é caso de indenização; sê-lo-á em relação às lesões somáticas e funcionais decorrentes exclusivamente do trauma, se, porventura, o empregador haja assumido o risco de contratar o empregado.

6.ª De acôrdo com a sugestão feita neste trabalho, poder-se-ia considerar o termo *sinistrose* qual gênero das três espécies seguintes: 1.ª) neurose traumática de forma hipocondríaca; 2.ª) neurose traumática de forma reivindicatória; 3.ª) neurose de tratamento.

7.ª Nem sempre há que se falar numa ação consciente quando nos defrontamos com casos de provocação de doenças, visto que há doenças, há traumas que são provocados graças a uma disposição especial do psiquismo: a auto-alfofilia ou autotraumatofilia, vale dizer, uma predisposição de que se vêem prêsas certos padecentes, os quais, pela sua anormal conduta, provocam em si próprios, inconscientemente ou, pelo menos, semi-inconscientemente, ferimentos, mutilações ou outras lesões.

8.ª Indubitável o valor da contribuição da escola psicanalítica para melhor elucidação dos casos de neurose traumática.

9.ª Para o diagnóstico diferencial entre os sintomas próprios das síndromes neuróticas ora estudadas e a simulação dêsses estados, de se desprezar não é — como complemento do exame clínico geral e especializado — o emprêgo dos assim chamados métodos projetivos; dentre estas técnicas cumpre salientada a prova de Rorschach.

Acaba de aparecer :

ESTUDOS CIRÚRGICOS

6.ª Série

Pedidos ao autor

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Caixa Postal, 1574

São Paulo

PREÇO Cr\$200,00

A Glicocola

Reforça e
corrige a ação do
Hidróxido de Alumínio

Na terapêutica antiácida

HIDROCALBIN

- ✦ *Não é constipante*
- ✦ *Não prejudica a digestão*
- ✦ *Não irrita a mucosa*

LABORATÓRIO FARMACÊUTICO INTERNACIONAL S/A.

Rua Jaguaribe, 118 — Fone: 51-2779 — São Paulo, Brasil

Consultores Científicos { Prof. Dr. W. BERARDINELLI
Prof. A. DE BARBIERI

NOVA FÓRMULA!...

Prinachol

INJETAVEL

FÓRMULA:

	Ampólas de	
	2cm ³	5cm ³
Cinarina (Princípio ativo cristalizado da Alcachofra)	0,012 g	0,030 g
Acetilmetionina	0,200 g	0,500 g
Colina Cloridrato	0,020 g	0,050 g
Soluto da fração anti-tóxica do fígado a 1:20 q. b. p.	2cm ³	5cm ³


*Associada a Metionina — Colina — Solução
de fração anti-tóxica do fígado*

INTOXICAÇÕES HEPÁTICAS E MEDICAMENTOSAS


Hepatites, estado pré-cirrótico do fígado

LABORATÓRIO YATROPAN LTDA.

Em cada vidro de
Inalante Yatropan
um Funil Inalante



LABORATÓRIO
FARM. N. FERN. R. P. 4647
TUBARÃO - São Paulo



YATROPAN
FARM. A. C. SILVA
SÃO PAULO

Conceito de sinistrose(*)

DR. ANTÔNIO MIGUEL LEÃO BRUNO

Docente - livre e assistente da cadeira de medicina legal da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Chefe da seção de psicopatologia forense do Instituto Oscar Freire. Presidente da seção de psicologia judiciária da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de S. Paulo.

SUMÁRIO: 1. A denominação. — 2. As variedades. — 3. Neurose traumática de forma hipocondríaca. — 4. Neurose traumática de forma reivindicatória. — 5. Neurose de tratamento. — 6. Conclusões.

1. A denominação. — Com a denominação de sinistrose, empregada pela vez primeira por Brissaud, quer-se significar aqueles sentimentos de insegurança ou expectativa de que se vêem prêsas certos pacientes (angústia obsessiva dos acidentados do trabalho), fenomenologia esta originada pelo temor de uma falsa idéia predominante que os induz a acreditarem, quer na incurabilidade das lesões que apresentam (ou julgam apresentar), quer na diminuição da sua capacidade laborativa.

Está geralmente assente, desde Brissaud, que o nome de sinistrose se deve aplicar apenas à forma reivindicatória da neurose traumática, vale dizer, quando há, por parte do empregado, aquela preocupação do modo mais seguro de obter uma indenização.

Nós outros, pelos motivos que adiante serão aduzidos, sugerimos que o termo sinistrose seja utilizado não só para aquela entidade, como, outrossim, para a neurose traumática de forma hipocondríaca.

Quer-nos parecer que, já do ponto de vista gramatical, já científico, nada há a opor a essa diretriz.

Aliás, a conceituação da matéria ora estudada evolve cada vez mais. E tanto assim é que, Julliard — citado por Léon Imbert ("Accidents du travail", 3.^a ed., Masson, ed., 1939, p. 408) —, com o nome de neurose de tratamento, nos fala de uma outra interessante modalidade de neurose, que é por ele incluída no âmbito da sinistrose.

(*) Tese apresentada ao I Congresso Brasileiro de Medicina Legal e Criminologia da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo, sob o patrocínio da Comissão do IV Centenário da Cidade de São Paulo (11-19 de dezembro de 1933).

2. **As variedades.** — Desta guisa, poderíamos considerar a denominação de sinistrose — qual gênero das 3 espécies seguintes:

- Sinistrose* { a) neurose traumática de forma hipocondríaca;
b) neurose traumática de forma reivindicatória;
c) neurose de tratamento.

Estudemo-las:

3. **Forma hipocondríaca pura ou preponderante (síndrome hipocondríaca).** — O fenômeno é bem conhecido, principalmente por parte daqueles que se dedicam a perícias médico-asfalológicas: certos indivíduos, após um acidente do trabalho, apresentam um estado especial, que consiste, essencialmente, numa preocupação hipocondríaca, à qual se pode agregar posteriormente, um delírio de reivindicação.

Que é a hipocondria?

Diz, a respeito, Pedro A. Pinto, que ela é um “estado mental caracterizado por exaltação da sensibilidade, medos pânicos, tristeza exagerada. De hypochondrion, hipocôndrio, região do fígado. Der. hipocondríaco”.

A hipocondria, de feito, é um estado especialmente caracterizado por uma preocupação exagerada com o estado de saúde.

Pode constituir por si mesma um estado psicopático, mas, pode, também, ser apenas um sintoma ou manifestação de uma neurose ou psicose. Algumas vezes os doentes se preocupam com uma doença real mas cuja importância exageram. Vêzes outras seus males são inteiramente imaginários. O fator psicológico que entra em ação em primeiro lugar é — o medo.

Escreveu o grande Machado de Assis, o nosso analista máximo dos conflitos psicológicos, que “o medo é um preconceito dos nervos. É um preconceito desfaz-se; basta a simples reflexão”.

E dizia a verdade.

Sim, diremos nós, bastaria a “simples reflexão” para afugentar o espectro do medo. Mas, nem sempre a razão pode intervir: nos casos que ora estudamos, por exemplo.

O medo é a idéia determinante estereotipada na consciência de certos acidentados, enxertada, naturalmente, num terreno específico, apto para a eclosão e desenvolvimento de determinadas perturbações psíquicas. Todos conhecem o efeito nocivo do medo. Não resistimos à tentação de reproduzir as seguintes linhas de conceituado psicólogo e psiquiatra, que bem encontram guarida aqui: “Então, o homem — criança ou adulto, varão ou mulher, são ou enfermo — começa a sofrer um dos mais sinistros efeitos deste Gigante: o denominado “medo imaginário”, contra o qual pouco pode fazer, pois, a razão — fria, lógica, mas neutra — é impotente: ante os efeitos deletérios, velocíssimos, ágeis, cálidos e subtis da fantasia pavorosa. Por um estranho paradoxo, quanto mais irreal,

ou seja, quanto menos prêso à realidade exterior — presente e concreta — é um temor (imaginário), tanto mais difícil se torna combatê-lo pelo simples raciocínio de um sãõ juízo. E isso explica porque até os mais valorosos guerreiros, capazes de lançar-se a descoberto contra uma muralha de fogo ou de lanças, retrocedem espavoridos ante a suspeita de um inimigo tênue e invisível. E' assim que os "mortos" assustam mais que os "vivos"; os "fantasmas" angustiam e torturam as mentes ingênuas muito mais que um bandido de carne e osso; em suma, o que não existe oprime mais do que aquilo que existe. Não obstante, seria injusto negar existência a isso que não existe, no sentido comum do termo, pois a verdade é que *existe na imaginação* ou seja *criado por quem o sofre* e, justamente por isso, não lhe pode fugir, pois seria necessário *fugir de si próprio* para conseguir safar-se de sua ameaça" (Mira y Lopez, "Quatro gigantes da alma", Liv. J. Olímpio ed., Rio, São Paulo, 1941, p. 33-34).

Ensina o professor A. C. Pacheco e Silva, no que toca à psicologia do sinistrosado, que este, "convencido de que tem direito a não trabalhar e a continuar a perceber os seus salários no todo ou em parte, pouco a pouco as suas idéias falsas, que a princípio serviam apenas de argumento, se transformam ao depois em idéias fixas, anulando a autocrítica e induzindo o indivíduo a um erro evidente de interpretação a que é levado muitas vezes de "boa-fé" ("Psiquiatria clínica e forense", 2.^a ed. Edit. Renascença, São Paulo, 1951, p. 537).

A sinistrose é mais uma síndrome do que um estado patológico autônomo, individualizado, — como sustentara Brissaud.

Comporta 4 sintomas habituais: *insônia, cefalalgia* — mais ou menos penosa —, *vertigens indefiníveis* — exclusivamente subjetivas — e *irritabilidade do caráter*.

Para os efeitos práticos é de importância saber-se:

- 1.º) Se se trata de um estado hipocondríaco preexistente ao traumatismo;
- 2.º) Se se cuida de um estado hipocondríaco revelado tão somente pelo trauma;
- 3.º) Se os sintomas hipocondríacos não são propositadamente exagerados;
- 4.º) Se se não depara o perito com uma síndrome hipocondríaca inteiramente simulada.
- 5.º) Se se defronta o médico-perito com lesões orgânicas de tal gravidade que justifiquem a apreensão do acidentado

A sinistrose pura seria apenas a que se inscreve em o item 2.

Para se apreciar com imparcialidade os fatos, mister é efetuar-se um exame psicossomático completo do queixoso. Cuidado espe-

cial deverá merecer o estudo não só da afetividade, como, também, da inteligência e do caráter do indivíduo.

Incidiríamos em erro se afirmássemos, de pronto, a boa-fé de todo acidentado nestas condições; em erro menor não cairíamos se, sem uma observação meticulosa, propendêssemos pela simulação ou exageração consciente.

O exame metódico e acurado se impõe, pois: exame clínico geral, especializado e complementar. No que tange ao exame mental propriamente dito, de muito se viria facilitada a tarefa do perito se fôssem observadas as diretrizes de semiotecnia psiquiátrica preconizadas, entre outros, por A. C. Pacheco e Silva (1), J. Carvalhal Ribas (2), Joubert T. Barbosa (3), A. Vallejo Nágera (4), T. Rutherford Johnstone (5), J. L. Fetterman (6), Guilherme Uribe Cualla (7) e Adolfo Sierra (8).

Não são de menosprezar, outrossim, os modernos recursos da técnica psicanalítica.

O emprêgo dos assim chamados *métodos* ou *técnicas projetivas* — quais recursos auxiliares — é altamente aconselhado; entre elas convém citado o psicodiagnóstico de Rorschach, que tão preciosos subsídios enseja na prática; julgamos, mesmo, que no terreno da simulação pode êle subministrar informes de grande valor, máxime nos casos de neurose traumática (ou supostos tais). No Instituto Oscar Freire é de rotina o emprêgo da prova de Rorschach nessas conjunturas.

Podemos dizer assim que, na síndrome estudada, além da tristeza, salienta-se o fenómeno *mêdo*, vale dizer, uma inquietação desusada contra a invalidez que o trauma possa ter ocasionado ou possa, ainda, a vir ocasionar.

Casos há em que a sintomatologia se traduz apenas por êste fenómeno — *o mêdo quanto ao estado de saúde*. Constituiria uma *neurose de mêdo*, conseqüente a um infortúnio do trabalho.

(1) Pacheco e Silva, A. C. — 1951 — *Psiquiatria clínica e forense*, 2.ª ed., Edit. Renascença S. A. — 1942 — *Exame do doente mental*, Of. Gráf. da Ass. a Psic., Juqueri, São Paulo.

(2) Ribas, J. Carvalhal — 1941 — *Sistematização do exame psiquiátrico*, Rev. de Med., S. Paulo, vol. 25 (91): 21-37; — 1946 — *Diagnóstico das doenças mentais*, Rev. de Med. São Paulo, vol. 30 (n.º 146): 75-107 e n.º 147: 145-176.

(3) Barbosa, Joubert T. — 1942 — *Exame das funções mentais*, Dist. Ateneu, Rio.

(4) Nágera, Vallejo — 1930 — *Síndromes mentales simuladas*, Ed. Labor; — 1939 — *Propedeutica clínica psiquiátrica*, Ed. Labor; — 1951 — *La enfermedad simulada*, Ed. Salvat.

(5) Johnstone, T. Rutherford — 1942 — *Occupational diseases*, Filadélfia, Saunders, esp. o cap. XXXVIII ("Neurosis associated with trauma"), p. 506-513.

(6) Fetterman, Joseph, L. — 1949 — *Practical lessons in psychiatry*, Charles C. Thomas, publ. Springfield, Ill., esp. o cap. II (Psychoneuroses: p. 22-57) e o cap. VII (Psychopathic personality and other abnormalities: p. 204-242).

(7) Cualla, Guillermo Uribe — 1939 — *La hipocondría en medicina legal*, Rev. med. legal de Colômbia, vol. 2 (julho e agosto), nos. 11-12, p. 3-38.

(8) Sierra, Adolfo — 1945 — *La neurosis de renta y sus aledaños*, "in" *Temas actuales de psicología normal y patológica*, Ed. Médico-Chirúrgica, B. A., p. 499-510.



Esta cena
pertence
ao passado...

agora existe

ACETIN USO INFANTIL

ANALGÉSICO E ANTITÉRMICO



Facil de administrar
pois a criança o toma com prazer



LABORATORIOS ANDRÔMACO

ACETIN uso INFANTIL

ANALGÉSICO E ANTITÉRMICO

ACETIN uso INFANTIL, preenche todos os requisitos para um preparado infantil de aceitação incondicional.

- * Tem sabor agradável
- * Permite dosagem exata
- * Pode ser administrado:

Desagregado em água ou sucos, na mamadeira ou em uma colherzinha.

Dissolvido lentamente na boca

Inteiro com sorvos de água

Mastigado.

FORMULA — Cada comprimido de 250 mg contém:

Ácido acetilsalicílico	100 mg
Vitamina B ₁	2 mg

INDICAÇÕES — Algias; estados febris; resfriados; gripe; nevralgias; dores reumáticas; tonsilites e nas pós-tonsilectomias.

DOSES — Crianças até 6 meses, de acordo com a indicação médica.

De 6 a 12 meses, meio comprimido.

De 1 a 2 anos, um comprimido.

De 3 a 4 anos, um e meio comprimido.

De 5 a 6 anos, dois comprimidos.

De 7 a 9 anos, três comprimidos.

De 10 a 14 anos, quatro comprimidos.

Em caso de necessidade estas doses podem ser repetidas decorridas 4 horas.



LABORATORIOS ANDRÔMACO

Rua Independência, 715 — São Paulo

Podem agir de permeio, porém, fatores outros — e é o que geralmente se dá; isto porque as diferentes modalidades de neurose não se delimitam claramente entre si, mas, sim, se associam ou se entrecruzam.

4. Neurose traumática de forma reivindicatória. — Outro fenômeno que sói ser descrito como participante da sinistrose — e este é que confere a marca especial a esta síndrome — é o fator *desejo*, tão bem pesquisado principalmente pelos psicanalistas. Mas como este fator apresenta características peculiares, podemos, com propriedade, consagrar a síndrome — agora mais evoluída — com o nome de *neurose de renda* (a "Rentenneurose" de Bruns).

A assim chamada neurose de renda foi batizada com muitos e sugestivos nomes: "neurose de seguro" (Secrétan), "neurose de indenização", "neurose de dinheiro", "neurose de desejo", "neurose traumática específica" ou "impura" (Morselli), "neurose de representação desiderativa", "síndrome de expectativa", "indenizofilia" (Afrânio Peixoto), etc.

Já vimos que, com o nome de sinistrose, Brissaud descrevera um estado psiconeurótico especial que atinge a certas pessoas que sofreram um acidente do trabalho e que consiste essencialmente numa preocupação hipocondríaca, à qual se agrega (preferiríamos nós outros dizer "à qual se pode agregar"), num momento dado, um delírio de reivindicação.

Escreve J. Alves Garcia: "Durante muito tempo Oppenheim insistiu em que as psiconeuroses traumáticas eram condicionadas por *lesões moleculares* no sistema nervoso. Contra essa concepção opuseram-se Strümpell, Nonne, Sander, Babinski e outros, que lhes atribuíam fatores predominantemente psicogenéticos. Efetivamente, o traumatismo somático (acidente ferroviário, quedas, explosão de projétil, gaseificação) não explica e não pode condicionar todos os sintomas nervosos e mentais das psiconeuroses traumáticas crônicas. As suas verdadeiras causas se devem relacionar com os efeitos psíquicos concomitantes (o pânico, a angústia) e desencadeados a partir do momento vivencial traumático ou situacional, — o remoinho em torno das representações e conseqüências sociais decorrentes, a preocupação do enfermo sobre a reaqüisição da capacidade profissional, a ansia de escapar a uma circunstância desagradável, o desejo de indenização. Por isso se explica que as neuroses traumáticas se façam mais numerosas nos tempos de guerra e quase epidêmicas após o advento das leis trabalhistas que outorgam indenização e aposentadoria aos feridos e sinistrados" (*Compêndio de psiquiatria*, 2.^a ed., Rio, 1948, p. 428).

Vê-se, pois, que a sinistrose é muito mais complexa que a neurose emotiva simples de ordem traumática (9), por isso que o quadro

(9) Véde — Bruno, A. M. Leão, Conceito de neuroses traumáticas. Tese apresentada ao I Congresso Brasileiro de Medicina Legal e Criminologia de S. Paulo.

da sinistrose é agravado pela inquietude, pela preocupação do modo mais seguro de o acidentado obter a indenização que reputa justa. Ao passo que na neurose emotiva simples (a assim denominada por Morselli de *neurose genérica ou genuína*), vale dizer, naquela forma na qual age tão somente a emoção induzida do trauma (sem se vislumbrarem, pois, preocupações de outra ordem), o quadro clínico evolui de modo completo e em relação imediata com o acidente do qual se originou, — na *neurose de indenização* o quadro clínico vai delinear-se, muita vez, a uma distância maior ou menor do fato, após o, assim chamado por Charcot, *período de ruminação*; e, sob os perniciosos influxos de autossugestões e heterossugestões, tal quadro vai-se acentuando progressivamente, máxime quando se chega às proximidades da liquidação da indenização naquelas demandas judiciais de longa duração. Esta síndrome — esclarece Morselli, citado por Leoncini — oferece um quadro que não é estático, mas, sim, dinâmico; não se forma de jacto após a ação do trauma, mas, geralmente se estabelece, a pouco e pouco, qual elaborado edifício ("Trat. Med. Leg.", vol. 2, p. 1.029).

Para Bonhæffer, Reichardt, Seeler, Keist e Zimniermann e outros autores, o estado mórbido que ora analisamos é mais uma *reação* do que uma doença propriamente dita, e isto devido à sua causa que é de natureza inteiramente psíquica e que só se pode interpretar, portanto, em termos psicológicos.

Corroborando esse sentir, escreve Adolfo Sierra (10) que dita neurose de renda, sobrevinda após um trauma, grave ou leve, profundo ou superficial, — não é consequência *direta* do traumatismo, mas, sim, fruto de uma interpretação pessoal e exagerada por parte do empregado que alimenta uma idéia cúpida e em termos tais que o acidentado se sente *positivamente* enfermo e persuadido de que tem direito a ser indenizado. "É" freqüente — acentua o mesmo autor — existir uma desproporção evidente entre o trauma orgânico e mínimo e a reação anímica ou neurótica consecutiva sumamente intensa: insônias, prantos imotivados, idéias melancólicas, tremores, dificuldades na articulação da palavra, nos movimentos dos membros, na expressão mímica e transtornos de ordem vaso-motora. Mas, para que ecloda tal neurose, mister se faz que, além do traumatismo ocasional, haja possibilidades legais de retribuição pecuniária. Isto explica porque se disse desta curiosa reação anímica — que é uma *neurose de dinheiro*. Só se manifesta e desenvolve onde existe esperança ou lucro pecuniário".

Este mecanismo psicogenético teria sua comprovação nos dois seguintes fatos:

- 1) Os indivíduos não segurados ou naqueles países que carecem de leis protetoras contra os infortúnios do trabalho, tais neuroses não aparecem;

(1) Ob. cit., p. 303-306.

- 2) os acidentados de forma grave e que encontram na lei proteção eficaz não são prêsas desta neurose (a explicar este último fenômeno está o fato de que a própria gravidade das lesões por si só é suficiente para que o acidentado seja indenizado de maneira reputada satisfatória por este).

Eis, segundo Morselli (11), quais seriam os elementos fundamentais em jôgo:

- a) uma *perturbação da emotividade*, primeiramente aguda, e, após, subcrônica, ou, mesmo, crônica;
- b) uma *idéia imperativa* a comêço, e *obsessiva*, após, do acidente, considerado ainda separado das suas conseqüências, à qual se associa, mais tarde, a do dano sofrido, chegando a constituir uma verdadeira obsessão traumática (Tourey-Piallat);
- c) uma *idéia fixa de ressarcimento* (ressarcimento a que o acidentado julga ter pleno direito) a qual, com maior ou menos rapidez, segundo os casos e sobretudo segundo as contingências exteriores, se transforma em *obsessão da indenização*;
- d) uma *idéia exagerada de postergação do seu legítimo direito ao ressarcimento*, idéia que pode, através das vicissitudes que o caso enseja, transformar-se numa *idéia obsessiva de conteúdo persecutório*.

Assim se expressa Laignel-Lavastine (12) em referência a essa fenomenologia: "Conheceis bem o delírio de reivindicação. Pouco a pouco, esta idéia falsa de reivindicação, transformada em estado de idéia fixa, não somente absorve toda a atividade psíquica do acidentado, como, outrossim, chega a alquebrar o vigor de sua atividade física. E então, curado embora do seu ferimento, já há meses, cessa de ser uma vítima do trabalho, porém fica sendo uma vítima de si mesmo. Eis constituída a sinistrose..."

Dentre as nossas observações a respeito, julgamos interessante relatar a seguinte:

Identidade (por informação): E. F. S. de cor preta, brasileira, solteira, com 39 anos de idade, funcionária pública.

Motivo do exame: Caso forense. Processo de acidente do trabalho. Exame psicológico e psiquiátrico procedido por solicitação do prof. Flaminio Fávero.

Laudo do Instituto Oscar Freire n.º 7.297 de 12 de setembro de 1950 (13).

Histórico do caso: Afirmou a padecente ter sido vítima de um acidente do trabalho no dia 22 ou 23 de novembro de 1945 (contusão na região lombar direita). Concederam-lhe oito dias e, depois, quinze dias de licença; após esse

(11) Segundo F. Leoncini — "Trat. Med. Leg.", vol. 2, p. 1029-1030.

(12) Segundo G. Uribe Culla, Ob. cit., p. 34.

(13) Nesta observação não vai reproduzida por inteiro o laudo acima da autoria do prof. Flaminio Fávero: apenas resumimos os dados por nós obtidos diretamente por ocasião do exame psiquiátrico. As reproduções do referido laudo vão por nós assinaladas.

lapso de tempo alegou não poder voltar ao serviço, queixando-se de um grande número de padecimentos. E que estes não eram inexistentes — basta atentar-se, entre outros, para os seguintes diagnósticos feitos e que se encontram registrados nos autos processuais:

- a) Traumatismo da base do tórax (face posterior à D.);
- b) insuficiência cardíaca;
- c) ptose renal do lado direito;
- d) nefrite aguda e reumatismo poliarticular;
- e) amigdalite crônica;
- f) hipertensão arterial;
- g) amebíase crônica.

Submeteu-se, ademais, a duas intervenções cirúrgicas (nephropexia D. e amigdalectomia), em 1947, as quais foram coroadas de êxito.

Queixa atual: Sente "pêso e dores da cintura para baixo". Lamenta-se de muita canseira: não pode subir escadas; sente opressão no peito, ficando ofegante ao menor esforço. *Anamnese:* Os antecedentes da paciente não acusam a existência de moléstias hereditárias familiares do sistema nervoso nem denunciam miopragias de ordem mental. Pai falecido há cerca de trinta anos, inculcando a examinanda qual "causa-mortis" uma doença do fígado: mãe falecida há três anos, aproximadamente, acreditando a paciente que ela veio a morrer de doença do fígado, rins ou coração. Tem sete irmãos gozando boa saúde; apenas uma irmã sente algo devido à "passagem de idade"; contando esta, atualmente, cinquenta e dois anos. *Instrução:* Sabe ler e escrever, afirmando ter cursado regularmente o Grupo Escolar. *Súmula do exame psicológico e psiquiátrico:* A) a) *Fácies:* triste, abatida; b) *Atitude:* apática, abatida; c) *Vestidário:* nada a assinalar meritório de anotação; d) *Fala:* em tom triste e queixoso; e) *Exame das faculdades mentais:* Somente em relação aos fenômenos de ordem afetiva e volitiva há algo a notar: a paciente se mostra presa de um abatimento geral, humor triste e hipobulia. B) *Q. I. (Testes Binet-Simon)* = 100. C) *Questionário de Woodworth-Matthews mod.:* Presença de tendências depressivas e hipocondríacas. D) *Psicodiagnóstico de Rorschach:* Esta prova patenteou um estado de ansiedade, angústia e hiperemotividade. Dos 10 sinais atualmente apontados por F. R. Miale e M. R. Harrower-Erickson como presentes nas neuroses em geral, encontramos no protocolo da examinanda oito, a saber:

- 1) R (número de R inferior a 25);
- 2) M (número de M não maior do que 1): no protocolo da paciente M = 0;
- 3) FC (ausência ou no máximo 1): ausência no protocolo da examinanda;
- 4) F% acima de 50;
- 5) A% (número de RA maior do que a metade do número total de respostas);
- 6) Choque claro-escuro (P IV);
- 7) Choque-côr P XI;
- 8) Recusa de resposta (P IV e P VI).

Anexamos adiante o protocolo da paciente.

Na parte destinada à Discussão e Conclusão do seu laudo, diz o prof. Flaminio Fávero: "... Todos esses transtornos somatopsíquicos são idôneos, por certo, para reduzir, e bastante, a capacidade de trabalho da examinanda. Ela os liga, todos, e segundo parece, da melhor boa-fé, ao trauma sofrido no trabalho. a) Uma parte desses transtornos, os motivados pela espondilartrite" (esta afecção fora bem evidenciada pela prova radiográfica solicitada por aquele nosso mestre) "não estarão, é claro, nessa dependência direta. Poderão filiar-se, talvez, a qualquer outro agravo, de concentração diluída, que o trabalho moti-

vasse, de longa data, como verdadeira doença do trabalho, se éste fôsse idôneo para tanto, o que não tenho elementos para dizer, mas que convinha investigar. b) Os outros transtornos, porém, de natureza mais psíquica, instalados como uma neurose não podem ser facilmente afastados do trauma do trabalho. Estaríamos diante de uma sinistrose, na denominação de Brissaud, ou uma "Rente-neurose", segundo Bruns, e que Afrânio Peixoto chama indenizofilia".

A corroborar o juízo acima temos a salientar que, nos autos processuais referentes ao presente caso, se encontram certos elementos preciosos: assim basta que se vejamos os termos de que se serviu a examinanda para protestar contra o laudo de inspeção de saúde que a declarava apta para reassumir o exercício de suas funções. Bem características as expressões de que lançou mão — denotando uma verdadeira idéia obsessiva de conteúdo persecutório. Mas dizemos isto sob ressalva, por isso que as aludidas expressões haviam já sido, por determinação do MM. Juiz que presidiu ao feito, canceladas, — o que, todavia, não impediu fôsse feita a sua leitura através dos traços vermelhos produzidos pelo lápis saneador...

E, destarte, podemos divisar nesta observação aquêles elementos fundamentais, mui precisamente descritos por Morselli, e que caracterizam os casos de sinistrose, máxime os dois últimos, vale dizer, a *obsessão de ordem traumática* e a *idéia exagerada de uma posterior transformação do légitimo direito ao ressarcimento*, a qual se transformou, em verdade, numa *idéia obsessiva de conteúdo persecutório*.

PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH

E. F. S., preta, brasileira, solteira, 39 anos, funcionária pública.

Data do exame: 31 de agosto de 1950.

Início: 15,43 horas.

- | | | | | |
|-----|--------|-----|--|----------|
| I | (30") | Λ 1 | — Parece uma borboleta | G F+ A V |
| | (40") | Λ 2 | — Também parece um corpo sem cabeça.
(porção mediana) | D F+ Hd |
| II | (35") | Λ 3 | — Aqui eu não vejo nada! (Ri, abaixa a cabeça). Ah! Dois cachorrinhos presos pelo focinho; talvez porque eu goste de cachorros | G F+ A V |
| III | (30") | Λ 4 | — Eu não sei dizer. Sei que é uma cousa. Parece aquelas figuras de Walt Disney: um pássaro que não tem asas; são dois, não é? | G F+ Ad |
| IV | (100") | Λ | — Isto não sei o que é. Não me parece nada! | |
| V | (42") | Λ 5 | — Parece uma borboleta | G F+ A V |
| VI | (35") | Λ | — Este também não posso definir. (Insistimos) Quando não vejo da primeira vez, não vejo mais! O dr. não se zanga se eu disser que eu não sei o que é isto? A outra prova estava mais engraçada (Refere-se a paciente aos testes Binet-Simon) (Deposita a prancha na mesa). | |
| VII | (44") | Λ 6 | — Blocos de neve: é o que parece. Não vejo mais nada (Deposita a prancha na mesa) | G KF N |

- VIII (30"): Δ 7 — Isto parece bichos: duas oncinhas, não é? (róseo lat.) D F+ A V
- IX (95"): Δ 8 — Não vejo nada! (Deposita a prancha na mesa) (Olha novamente para o cartão). Parece o mar (o verde) D C N
- X (120"): Δ 9 — Um cachorrinho deitado (al. lat. inf.) . D F+ A

I. SÍNTESE DAS INTERPRETAÇÕES

Área	Determinantes	Conteúdo	Conceptividade
G 5	F+ 7	A 5	V 4
D 4	C 1	Ad 1	
	KF 1	Hd 1	
		N 2	
9	9	9	

II. SÍNTESE FENOMENOLÓGICA

R 9	F% 77.7%	A% 66.6%	V% 44.4%
G% 55.5%	F+% 100%		
D% 44.4%	M 0		
	C 1		
	Tv 0/1.5		

5. **Neurose de tratamento.** — E' aquela neurose em que o paciente procura prolongar indefinidamente a terapêutica do mal de que se vê presa ou de que julga sofrer. E' uma neurose do trabalho quando decorre após um trauma verificado por ocasião do trabalho. Isto porque a neurose de tratamento pode ser também desencadeada em face de males (reais ou imaginários) em que o fator trabalho não intercede.

6. **Conclusões.** — 1.^a) Com a denominação de *sinistrose* quer-se significar aqueles sentimentos de insegurança ou expectativa de que se vêem presas certos pacientes (angústia obsessiva dos acidentados do trabalho), fenomenologia esta originada pelo temor de uma falsa idéia predominante que os induz a acreditarem, quer na incurabilidade das lesões que apresentam — ou julgam apresentar —, quer na diminuição da sua capacidade laborativa.

2.^a) Está geralmente assente, desde Brissaud, que o nome de *sinistrose* se deve aplicar apenas à forma reivindicatória da neurose traumática, vale dizer, quando há, por parte do empregado, aquela preocupação do modo mais seguro de obter uma indenização.

3.^a) Nós outros, pelos motivos que foram aduzidos nesta tese sugerimos que o termo *sinistrose* seja considerado qual gênero das três espécies seguintes: 1.^a) neurose traumática de forma hipochondríaca; 2.^a) neurose traumática de forma reivindicatória; 3.^a) neurose de tratamento.

4.^a) No que tange à neurose traumática de forma hipocondríaca é de importância saber-se:

- 1.^o) Se se trata de um estado hipocondríaco preexistente ao traumatismo;
- 2.^o) Se se cuida de um estado hipocondríaco revelado tão somente pelo trauma;
- 3.^o) Se os sintomas hipocondríacos não são propositadamente exagerados;
- 4.^o) Se se não depara o perito com uma síndrome hipocondríaca inteiramente simulada;
- 5.^o) Se se defronta o médico-perito com lesões orgânicas de tal gravidade que justifiquem a apreensão do acidentado.

A forma pura desta modalidade de sinistrose seria apenas a que se inscreve em o item 2.

5.^a) Na síndrome hipocondríaca, além da tristeza, salienta-se o fenómeno *mêdo*, uma inquietação desusada contra a invalidez que o trauma possa ter ocasionado ou possa, ainda, a vir ocasionar.

6.^a) A neurose traumática de forma reivindicatória é um estado psiconeurótico especial em que a hipocondria se veio agregar um delírio de reivindicação: o acidentado se vê possuído de uma idéia fixa de ressarcimento do dano sofrido (ou que julga ter sofrido), podendo transformar-se, através de múltiplas vicissitudes, numa idéia obsessiva de conteúdo persecutório.

7.^a) Surge a neurose traumática de forma reivindicatória em personalidades de fundo obsessivo e paranóide.

8.^a) No que tange às neuroses traumáticas de forma hipocondríaca e de forma reivindicatória — não há de o perito pensar sempre na simulação desses estados, por isso que pode defrontar-se com acidentados dominados por idéias hipocondríacas ou tendências obsessivas e paranóides de reivindicação, as quais, em última análise, foram postas à luz unicamente pelo trauma.

9.^a) Chama-se neurose de tratamento aquela neurose em que o padecente procura prolongar indefinidamente a terapêutica do mal de que se vê acometido ou que julga sofrer. É uma neurose do trabalho quando decorre após um trauma verificado por ocasião do trabalho. Isto porque a neurose de tratamento pode ser também desencadeada em face de males (reais ou imaginários) em que o fator trabalho não intercede.

10.^a) Para se apreciar com imparcialidade os fatos, mister é efetuar-se um exame psicossomático completo do queixoso. Não são de menosprezar, outrossim, os modernos recursos da técnica psicanalítica. O emprêgo dos assim denominados métodos projetivos — quais recursos auxiliares — é altamente aconselhado; entre eles convém citado o psicodiagnóstico de Rorschach.

**.... em cada
refeição 2 drageas
de Pancrepar.**

EXTRATO PANCREÁTICO
EXTRATO HEPÁTICO
BILE DE BOI-BOLDINA

TODOS OS FERMENTOS DIGESTIVOS

**DIGESTÕES INCOMPLETAS
DISPEPSIAS HEPATO-PANCREÁTICAS
INSUFICIÊNCIA DOS FERMENTOS DIGESTIVOS**

É UM PRODUTO DISTRIBUÍDO POR



LABORATÓRIOS ENILA S/A.

Rua Riachuelo, 242 - Caixa Postal, 484 - Rio de Janeiro

Filial: Rua Marquês de Itú, 202 - São Paulo

La tunnellizzazione aponevrotica nel trattamento chirurgico del varicocele (*)

Dr. GIUSEPPE GOZZO

Ospedale Militare Principale di Roma.

Il varicocele è un affezione ben nota sin da tempi molto antichi tanto che tentativi di terapia si rivengono in Celso (1.^o secolo) ed in Paolo di Egina (7.^o secolo). Le sue prime manifestazioni si rinvennero, nel maggior numero dei casi, nella giovane età, per cui è facile riscontrare questa affezione abbastanza di frequente nei militari e specialmente nei soggetti in cui le particolari condizioni collegate al servizio (lungue marce, fatiche, stazione eretta prolungata ecc.) associandosi alla naturale predisposizione possono favorirne l'insorgenza.

La frequenza dell'affezione risulta notevole se si tiene conto anche dei casi lievi. Infatti si calcola che alla visita di leva circa il 12% degli iscritti presentano un grado apprezzabile di varicocele.

Molti autori tra l'altro sostengono che le statistiche militari, al confronto di quelle civili, rappresentano il più delle volte da statistiche ospedaliere o di pratica privata, sono i documenti maggiormente probativi ed attendibili circa la frequenza della affezione.

Da una statistica inglese (Curling) concernente gli esaminati alla elva in un periodo di 10 anni essa si riscontra con una frequenza del 23%, e mentre risulta esiguo il numero degli esonerati dal servizio per varicocele voluminoso (3%: Forgue), una più grande proporzione è rappresentata da soggetti nei quali l'affezione è di minore entità e tale da consentire l'idoneità.

Il varicocele sia dal punto di vista anatomopatologico che sintomatologico è caratterizzato dalle manifestazioni di un processo varicoso delle vene del plesso pampiniforme (ectasia, allungamento, tortuosità, ispessimento delle pareti venose ecc.), e si riscontra spesso in soggetti che presentano i segni di una costituzione vasale deficitaria, portatori di varici anche in altre regioni del corpo (arti inferiori, emorroidi ecc.), così detta diatesi varicosa da Billroth.

(*) Trascritto da rivista "Giornale di Medicina Militare Roma CIII, 117-123, marzo-april de 1933), pubblicata em Romm.

Una caratteristica del varicocele è quella di localizzarsi quasi costantemente a sinistra. Dalle varie statistiche si rileva infatti nell'85-90% dei casi la localizzazione monolaterale sinistra, in circa l'8% dei casi quella bilaterale e solo nel 2-3% la localizzazione destra. Nella ricerca di una spiegazione della netta prevalenza a sinistra dell'affezione si sono anzitutto invocate varie condizioni anatomiche: mancanza e deficienza valvolare nelle vene spermatiche; sbocco della vena spermatica sinistra ad angolo retto nella vena renale, ritenuto questo motivo di una maggiore difficoltà di deflusso del sangue, mentre a destra essa sbocca ad angolo acuto e direttamente nella vena cava ascendente; differenza di calibro, di portata e di velocità della corrente sanguigna e quindi diversa forza di aspirazione nel vaso in cui la vena spermatica defluisce, ed in conseguenza maggiore o minore facilità al deflusso stesso; testicolo sinistro più basso che a destra con conseguente più lunga colonna di sangue gravante sulle pareti vasali, per quanto non può escludersi che questa condizione di sede dell'organo possa a sua volta essere secondaria al varicocele stesso. Infine, come per le varici degli arti inferiori e per le emorroidi, viene ammessa l'influenza di fattori estrinseci, capaci però di sottoporre il plesso venoso ad una continua replezione e di favorire in esso l'instaurarsi della stasi sanguigna (stazione eretta, marce stipsi cec.), fattori che spesso dipendono dall'esercizio di un mestiere.

Ma oltre a tutti questi elementi è da tenere in grande considerazione il fattore costituzionale, la particolare predisposizione delle pareti venose, specie del tessuto connettivo, che per la loro naturale costituzione possono andare più facilmente incontro ad alterazione, per cui anche nel varicocele, condizione avvalorata dalla mancanza di un sistema valvolare efficiente, è facile a verificarsi oltre che la stasi anche il reflusso sanguigno in senso centrifugo.

Il sintomo obiettivo principale e più facile a rilevarsi anche con un semplice esame ispettivo è l'alterazione morfologica della borsa scrotale e degli organi in essa contenuti. Il cordone spermatico è notevolmente più lungo della norma ed in conseguenza si rileva il testicolo disceso ad un livello insolito, sino ad oltrepassare il terzo medio della coscia. Sono stati descritti casi in cui lo scroto raggiungeva il condilo femorale interno (Giordano, Landouzi). Si verifica in sostanza la condizione opposta a quella della ritenzione testicolare, incui risalta la brevità del funicolo. Le vene del cordone inoltre sono oggetto di un processo varicoso per cui presentano un aspetto caratteristico ed offrono al tatto una sensazione speciale, riferita a quella di un groviglio di vermi o di intestini di polo. Delle condizioni di alterata circolazione risente spesso la ghiandola genitale che può andare in contro financo a gravi ed irreparabili fenomeni di atrofia.

Dal punto di vista soggettivo l'intensità dei disturbi è varia, spesso non proporzionata al grado ed all'entità anatomopatologica dell'affezione, ma non di raro in relazione alle condizioni di labilità

neuropsichica del pazienti che, pur presentando un varicocele di modica entità, accusa dolori persistenti ed intensi, senso di stiramento e di pesantezza penosi non alleviabili con l'uso del sospensoio. Sono spesso soggetti fortemente impressionati preoccupati non tanto delle alterazioni anatomopatologiche dei genitali esterni quanto delle alterazioni morfologiche e quindi estetiche che sembrano sminuire i loro attributi virili, e ricorrono al chirurgo per chiedere insistentemente l'intervento.

Dal punto di vista terapeutico infine il varicocele è forse unica affezione nella patologia umana per la quale sin da tempi molto remoti sono stati escogitati così numerosi e vari metodi di cura, improntati sia a pratiche empiriche che a veri trattamenti medici e ad interventi chirurgici, moltissimi dei quali non hanno ormai che un valore puramente storico. Esaminando la vasta letteratura sull'argomento si può rilevar la molteplicità dei metodi proposti, ma ciononostante non è facile, dal punto di vista pratico, pervenire alla scelta di un metodo che rappresenti il trattamento di elezione più adatto, che offra innocuità e sicurezza di risultati.

Con una analisi sommaria di questi metodi si può rilevare che alcuni di essi si propongono di agire direttamente sul gruppo di vene ectasiche (resezioni venose, legature ecc.), altri nell'intento di favorire la circolazione venosa tendono a formare un sostegno al complesso didimo-epididimario o praticando un vero sospensoio naturale con la resezione dello scroto, o sollevando l'organo stesso sia con qualche artificio di orchidopessia che con particolari adattamenti e disposizioni del funicolo. Altri metodi combinati, associando la resezione delle vene ectasiche alla resezione dello scroto, mirano a beneficiare del duplice effetto di questi interventi.

Non mancano infine i tentativi di cure sclerosanti.

I risultati però di questi trattamenti non sempre sono pienamente soddisfacenti, ed accade talvolta di constatare esiti spiacevoli spesso anche in conseguenza di condizioni circolatorie alterate e deficitarie (idrocele, ecc.).

Sta di fatto che, considerando le caratteristiche anatomopatologiche del varicocele le quali in definitiva ed in conseguenza delle alterazioni venose si manifestano con l'allungamento del funicolo e quindi con l'abbassamento del complesso didimoepididimario, talvolta sino a gradi rilevanti, la cura chirurgica dell'affezione dovrebbe essenzialmente proporsi, insieme al sollevamento del testicolo, un particolare trattamento principalmente del funicolo, quanto più possibile fisiologico ed innocuo, che riporti a condizioni pressoché normali la circolazione venosa e possibilmente conservando l'integrità anatomica dei vasi stessi.

Un metodo di tecnica facile e semplice che, oltre a presentare caratteristiche conservative, offre la possibilità di un trattamento fisiologico degli elementi del funicolo permettendo nello stesso tempo un adeguato sollevamento del testicolo senza che esso sia

interessato in alcuna sutura, è stato descritto qualche anno fa da Branco Ribeiro. La tecnica di questo intervento può essere così brevemente riassunta.

Si pratica nella regione inguinale un'incisione, interessante la cute ed il sottocutaneo, analoga a quella che si effettua nell'operazione per l'ernia inguinale. Si espone ampiamente la superficie anteriore dell'aponevrosi del grande obliquo, sino a mettere bene in basso l'anello esterno del canale inguinale. Si estrinseca quindi il cordone spermatico al di sotto dell'anello stesso e su di esso si esercita una modica trazione così da innalzare il testicolo, agevolando se occorre tale manovra con una modica pressione dal basso sullo scroto. Il testicolo non deve essere esteriorizzato, ma soltanto sollevato sin quasi in vicinanza della spina del pube. Si incide poi il cremastere longitudinalmente e si mettono in evidenza le vene varicose. Esse vengono isolate, avendo cura di lasciare da parte il deferente, accompagnato dai suoi vasi propri, da collocare liberamente tra i pilastri dell'anello esterno del canale inguinale (figura 1). Le vene varicose invece vengono disposte sulla superficie anteriore dell'aponevrosi del grande obliquo, in precedenza preparata, in forma di arcata a concavità in basso ed all'interno. L'ampiezza di questa arcata deve essere tale da fare sì che il polo superiore del testicolo venga a trovarsi in prossimità della spina del pube. Infine si applicano sull'aponevrosi dei punti in catcut n. 1 in modo che ciascun punto deve interessare l'aponevrosi stessa all'interno ed all'esterno dell'arcata dei vasi, passando al davanti di essi (figura 2).

Stringendo ed annodando questi punti, al davanti delle vene, viene a costituirsi un ripiegamento completo dell'aponevrosi e quindi un tunnel nel quale esse vengono comprese (figura 3).

L'ampiezza del tunnel così costituito deve essere tale da non comprimere eccessivamente i vasi che sono stati riposti, e da consentire in essi la circolazione del sangue.

Anche nel nostro ospedale, da circa un anno, si adotta questo metodo, ed in questo periodo di tempo sono stati sottoposti a questo trattamento oltre cinquanta casi di varicocele venuti nella nostra osservazione: soggetti giovani, dai 20 ai 30 anni, nella maggioranza dei quali l'affezione presentava proporzioni di notevole entità, sia riguardo al grado di varicosità delle vene, per l'allungamento del funicolo e l'abbassamento dell'emiscroto, che per l'entità dei disturbi soggettivi.

Nell'esecuzione del metodo ci siamo attenuti scrupolosamente alla tecnica sopra indicata. L'intervento è stato sempre eseguito in anestesia generale con pentothal e poteva essere condotto a termine nei limiti di tempo medi di minuti. El decorso postoperatorio è stato sempre regolare, nè si sono riscontrati inconvenienti. Durata media della degenza: otto giorni. È stato consigliato sistematicamente l'uso del sospensoio per due-tre mesi dopo l'intervento.

Nella maggioranza dei casi è stato possibile effettuare anche un controllo a distanza di 40-60 giorni. I risultati sono stati sempre buoni sia per il grado di sollevamento del testicolo, le condizioni funzionali ed estetiche, che per la scomparsa dei disturbi soggettivi.

Per quanto sta alla nostra esperienza si può quindi affermare che tale metodo, oltre ad essere un intervento di breve durata, eseguibile sia in anestesia locale che generale con pentothal, per le sue caratteristiche ed al confronto con altri metodi presenta indubbiamente dei pregi e dei vantaggi sia per quanto riguarda la tecnica ma principalmente per i risultati definitivi che si otengono.

L'esecuzione dell'intervento è di estrema semplicità poichè non richiede tecnica particolare nè strumenti speciali, nè presenta difficoltà di sorta.

Offre invece sicurezza al chirurgo che non ha la necessità di procedere a resezioni e a legature talvolta nocive. È d'altra parte un'incisione della cute e del sottocutaneo, nessun altro organo viene interessato, mentre è conservata la circolazione venosa anche se le vene vengono sottoposte ad un nuovo adattamento. Anche l'integrità anatomica del canale inguinale è rispettata. Infatti nel procedimento non sono per nulla interessati i pilastri dell'anello esterno, nè viene lesa la parete anteriore del canale stesso, la quale invece ne potrebbe risultare rinforzata sia per la duplicatura dell'aponevrosi che si effettua nella formazione del tunnel che per gli elementi che in esso vengono riposti. La elasticità dell'aponevrosi del grande obliquo è tale che il suo lieve stiramento nella costituzione del tunnel non provoca su di essa alcun danno.

Si può inoltre affermare l'efficacia del metodo in base ai buoni risultati ottenuti.

Si consegue anzitutto una buona sospensione del complesso didimoepididimario senza che nè esso nè gli involucri dello scroto, come si richiede in altri tipi di intervento, siano stati direttamente interessati. Non residuano imperfezioni stetiche nè disturbi soggettivi, mentre scompaiono quelli inerenti alla affezione stessa. Anche dal punto di vista anatomico e fisiologico il metodo presenta delle caratteristiche che lo distinguono. Gli organi infatti conservano la loro integrità anatomica e vengono posti in migliori condizioni funzionali, pur sottoponendo ad un diverso trattamento il deferente, che con i suoi vasi propri viene lasciato libero tra i pilastri dell'anello esterno del canale inguinale, mentre l'insieme delle vene isolate viene disposto nel tunnel aponevrotico, come supra descritto.

Si può ritenere inoltre che il tunnel aponevrotico, per la sua conformazione mediante punti staccati, costituisce come un sistema valvolare artificiale per la presenza di piccole zone più ristrette interposte, a distanze pressochè uguali, a zone estese meno ristrette. Essendo altresì soggetto all'influenza della contrazione e rilassamento del muscolo grande obliquo, è probabile che, in conseguenza

delle compressioni intermitenti che ne risultano con i movimenti, con gli sforzi, deambulazione, ecc., ne derivi un notevole beneficio nella circolazione venosa locale, sì da potere impedire l'instaurarsi della stasi sanguigna.

Un'obiezione potrebbe giustamente sollevarsi e riguarda l'estensione dell'incisione cutanea, che in genere si aggira sui sette centimetri, e la sua sede. In effetti residua una cicatrice che può paragonarsi a quella dell'intervento per erni inguinale. Ma se si considera che essa viene poi per la maggior parte ricoperta dai peli della regione e non conseguono evidenti difetti estetici nè funzionali, può ritenersi in inconveniente di poco conto che praticamente non sminuisce i pregi ed i vantaggi del metodo.

RIASSUTO

Oltre cinquanta casi di varicocele sinistro sono stati sottoposti ad intervento chirurgico col metodo della tunnellizzazione. L'A fa rilevare i buoni risultati ottenuti, confermati anche con controlli a distanza di tempo, ed espone i cantaggi del metodo sia riguardo alla tecnica che dal punto di vista anatomico e fisiologico.

BIBLIOGRAFIA

- BENEVENUTI F. A.: *Varicocele*, Am. J. Surg., 71, 783, 1946.
BERNARDI R.: *Trattamento chirurgico del varicocele*, Sem. Med., II, 849, 1941
GIACOBRE C.: *Sul trattamento chirurgico del varicocele*, Giorn. di Med. Mil., XI, novembre 1937.
INCLAN BOLADO J. L.: *Sobre la frecuencia y sintomatologia del varicocele*, Med. Espagn., XVII, 100, 1947.
RIBA L. W.: *Operation for varicocele*, J. Urol. Balt., 57, 889, 1947.
RIBEIRO E. B.: *Conduta de tratamento da varicocele*, An. Paulist. de Med. y Cir., LIV, 107, 1947.
—: *Anatomia do sistema nervoso comprometido na varicocele*, Ibid., LII, 95, 1947.
—: *Sintomatologia da varicocele*, Ibid, m LIII, 225, 1947.
—: *La tunnellisation dans le traitement du varicocele*, Presse Méd., 80, 1687, 1951.
RUDIE P. S.: *Treatment of varicocele by ligation and injection*, U. S. Nav. M. Bull., XLII, 1999, 1944.
SPOTFORT J.: *Surgical treatment of varicocele*, Nord. Med., XXVIII, 2089, 1945.
ZUCKER M. O.: *Newer concepts of surgical treatment of varicocele*, Mil. Surg., XCV, 515, 1944.
GIANONI G.: *Terapia operatoria del varicocele*. (Metodo Imperiale) Min. Chir. 1-3, 1946.

Procure respirar ar puro, abundantemente, dando ao organismo o oxigénio de que precisa. — SNES.



FISSAN

LABORATÓRIO FISSAN

A. S. CORRÊA & CIA. LTDA.

FIRMA FUNDADA EM 1927

*Especialidades Farmacêuticas submetidas a rigorosos testes
de pureza - correspondem ao mais exato critério científico
e exibem a sua alta qualidade:*

AKTIVANAD ADULTO,
INJ. E INFANTIL; PHOTODYN; GLYPUR;
B¹²-VITRAT; QUEMODYN; APETECIN; OXYUCID;
OMNIVAL; FRUCTAMIN; FERRIPUR; QUININ-
VITRAT; BE-VITRAT; DIA-BE-VITRAT; TUSSAN;
DEXTRO-VITRAT; DEXTRODYN; METIONORM;
DIETASAL; KATIOSAL; KATIONORM;
CISTAMEBIN; QUADRONAL; SPLENOTRAT
TALCO FISSAN; PASTA FISSAN; LINIMENTO
FISSAN; HEPANOVIN e HEPATRAT (AS-FERRO-NEO);
SULFAS COMPRS. VITAMINAS; GLYCOSE SÔRO,
CALCIO INJ.

AMOSTRAS À DISPOSIÇÃO DOS SENHORES MÉDICOS - Cx. Postal 2.026 - SÃO PAULO

RHODICILLINE

Diidro-estreptomicina, Penicilina G cristalizada e
Penicilina G-procaína

Comporta a maioria das indicações dos antibióticos que entram em sua composição. É indicada no tratamento das infecções graves, particularmente naquelas cujo agente não possa ser rapidamente identificado.

EMBALAGENS

Rhodicilline "1/4" — Infantil — Caixa de 1 frasco com 400.000 unidades de Penicilina G, Penicilina G-Procaína e 0,25 g de Diidro-estreptomicina

Rhodicilline "1/2" — Caixa de 1 frasco com 400.000 unidades de Penicilina G, Penicilina G-Procaína e 0,50 g de Diidro-estreptomicina

Rhodicilline "1" — Caixa de 1 frasco com 400.000 unidades de Penicilina G; Penicilina G-Procaína e 1 g de Diidro-estreptomicina



A marca de confiança

RHODIA

Caixa Postal 8095. — São Paulo, SP

Dispositivo para desobstrução de Aspirador Cirurgico

Dr. RODOLFO GUIMARÃES MONICE.

*Assistente do Serviço de Neurologia da Santa Casa de Misericórdia de São
(Chefe Prof. Dr. Carlos Gama).
Cirurgião da Guarda Civil de São Paulo.*

Nas intervenções neuro-cirúrgicas e noutras em que fundamental se torna a utilização da aspiração contínua constitue contratempo aborrecido a frequente obstrução da cânula e tubulação do aspirador por coágulos sanguíneos, fragmentos de tecidos e tumores.

Via de regra tem-se que desligar a cânula e as vias e desobstruí-las com jatos de soro ou solutos isotônicos, esterilizados, aplicados, extemporaneamente com uma seringa de injeção o que ocasiona delonga inevitável na aspiração determinando que sangue e líquidos de irrigação inuntem os campos operatórios e retardando de minutos preciosos a intervenção cirúrgica.

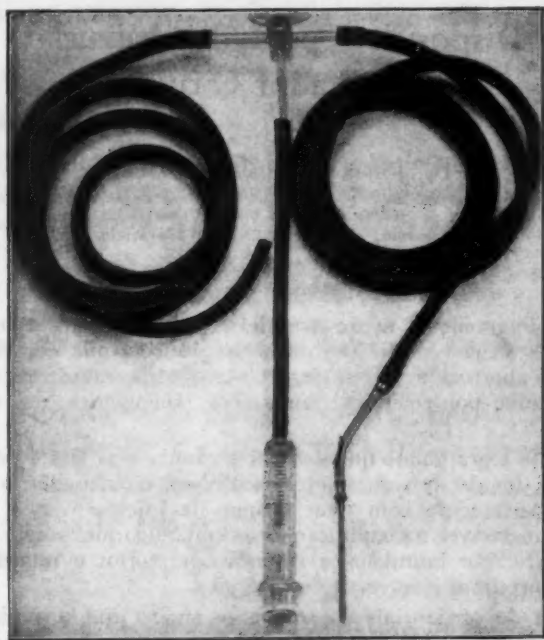
Afim de obviar tais contratempos sugiro um dispositivo bastante simples e fácil de ser obtido em qualquer ambiente hospitalar.

Utilisa-se apenas de uma torneira ou cânula em T, com diâmetro interno adequado à tubulação utilizada. Secciona-se a parte média da tubulação de borracha e intercala-se os ramos horizontais da torneira na mesma, a qual ligará pelos referidos ramos horizontais a máquina aspiradora com a cânula de aspiração. No ramo vertical coloca-se um tubo de borracha que conecta a torneira com uma seringa de vidro de capacidade conveniente. (Fig. I)

O conjunto é esterilizado de modo habitual e ao ser montado na mesa de instrumentos carrega-se a seringa com o proprio soluto esteril existente na cuba de gaze e algodão laminado, deixando-se a seguir a seringa de lado.

Ao surgir uma obstrução o primeiro auxiliar avisará o instrumentador e dirigirá a cânula de aspiração para um balde ao passo que o instrumentador tomará a seringa e injetará com força o seu conteúdo efetuando, assim, a desobstrução do sistema de aspiração.

Si a canula em T fôr constituída por uma torneira de 3-vias abre-se a via adequada para a desobstrução no momento necessário. Caso utilíse-se um simples tubo em T sem torneira coloca-se no ramo vertical um "clamp" evitando, assim, que a sucção esvazie a seringa previamente carregada.



SUMMARY

The author describes a simples device for dealing with the cumbersome and frequent obstruction of surgical suckers and suction tubes during operations. The device consist in the placement of a 3-way stopcock in the suction tube, between the machine and the sucker, both being aligned in the horizontal branches of the stopcock.

The vertical branch is by a short flexible tube connected with a glass-syringe of adequate capacity.

The horizontal branches are the normal functioning ones. When a obstruction occurs the auxiliary in charge at instrumental table or those who are near the device, simply turns the obstructed

way in connection with the vertical branch of the stopcock and inject, forcibly, the contents of the glass-syringe, that is permanently filled with isotonical solution used in the operative irrigation and collected in the bowl for moistened gauze and cotton-sheets. During the desobstruction the first auxiliary points the sucker to a basket of used materials, for the reversing effect that occurs.

This device obviate the wasting of time in desobstruction of the sucker by other ways and the frequent necessity of having two suction devices one list for use when other fails.

The whole of tubes and canulas are sterilised as habitually.

PHILERGON - Fortifica de fato

UMA COLHERADA ÀS REFEIÇÕES

ANEMIAS

MICROCÍTICAS
MACROCÍTICAS
NORMOCÍTICAS

Sulfato Ferroso 0,15 g.
Vitamina B₁₂ 5 microgramas
Pó de mucosa gastro-
duodénal 0,075 g.
Vitamina C. 0,05 g.
Vitamina B₁ 0,002 g.
em cada drágea

FERRENILA

DRÁGEAS

COM VIT. B¹²



LABORATORIOS ENILA S. A. • RUA RIACHUELO, 242 • FONE 32-0770 • RIO

BENZETACIL

1.200.000 UNIDADES



Uma injeção por mês
evita as recidivas
do reumatismo.



INDÚSTRIAS FARMACÊUTICAS

Fontoura-Wyeth S.A.

TRADIÇÃO E QUALIDADE A SERVIÇO DA PRÁTICA MÉDICA

Nos Estados Unidos: Wyeth Laboratories Inc. Philadelphia
No Brasil: Indústrias Farmacêuticas Fontoura Wyeth S. A. - S. Paulo

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Sociedade Médica São Lucas

Sessão de 13 de julho de 1953

Presidente: Dr. ADEMAR ALBANO RUSSI

Dr. Luiz do Rego. — O presidente deu a palavra do dr. Eurico Branco Bibeiro para fazer o necrológico do dr. Luiz do Rego. O orador lembrou que o ilustre morto presidira ao lançamento da pedra fundamental do Sanatório São Lucas e que, na qualidade de decano dos cirurgiões de São Paulo, era sócio honorário da Sociedade. Traçou a bibliografia do dr. Luiz do Rego, ressaltando as características da sua personalidade.

Enxerto de pele no tratamento das eventrações. — Dr. Victor Spina. O A. falou sobre "o emprego do enxerto livre de pele total nas eventrações posoperatórias". O A. expoz as vantagens do método, e aconselha o uso do dermótomato para o preparo do enxerto. Apresentou casos tratados.

Comentários: — O trabalho foi comentado pelos Drs. Moacir Boscar-

din, Eurico Branco Ribeiro e Ademar Albano Russi.

As dores do posoperatório em proctologia. — Dr. Adalberto Leite Ferraz. O A. discorreu sobre a maneira de evitar as dores do posoperatório em Proctologia. Fez o histórico do assunto, desde o uso do óleo anestésico, que provocava lesões degenerativas. Apresentou os resultados de sua experiência com vários preparados, salientando os mais satisfatórios. Em 428 casos empregou anestésicos de demora. O trabalho foi comentado pelos Drs. Victor Spina e M. acir Boscardin.

Movimento do Banco de Sangue do Sanatório São Lucas em 1952. — O dr. Ademar Albano Russi apresentou um relatório detalhado do movimento do Banco de Sangue no Sanatório São Lucas, relatório esse referente ao ano de 1952.

RECALCIFICAÇÃO
DO ORGANISMO.**TRICALCINE**TUBERCULOSE
FRACTURAS, ANEMIA
ESCROFULOSEAMAMENTAÇÃO
CRESCIMENTO
GRAVIDEZ

Fabricado no Brasil com licença especial do LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA - PARIS
pelos LABORATORIOS ENILA S. A. — Rua Riachuelo, 842 — Caixa Postal 484 — RIO

Filial: rua Marquês de Itú, 202 — São Paulo

Sessão de 27 de julho de 1953

Presidente: DR. ADEMAR ALBANO RUSSI

Reação de Migliano. — No expediente, o dr. Luís Migliano referiu-se a repercussão que está tendo a sua reação para o diagnóstico da sífilis. Além da revista francesa na sessão anterior referida pelo secretário, uma revista italiana, "Il Progresso Médico", publicou um trabalho de G. Siciliano concluindo favoravelmente pelo emprego da reação de Migliano. O presidente felicitou-o por isso.

Hérnia crural. — Dr. Cesário Horta. O A. apresentou uma nota prévia sobre o tratamento cirúrgico da hérnia crural por uma nova técnica. A via de acesso é inguinal, o saco tratado por via alta e o ligamento redondo é desinserido da espinha do pube e vai servir para obstruir o orifício crural, onde é fixado por pontos separados. É um método só aplicável à mulher, onde a hérnia crural é muito mais frequente. Para a operação, o A. usa uma agulha especial que fez construir e que facilita a passagem dos fios.

Comentários: — O dr. Moacir Boscardin referiu-se a casos em que não se pode fechar o orifício crural por simples sutura e nos quais a técnica do dr. Cesário Horta é perfeitamente cabível.

Dr. João de Lorenzo, referiu-se a fragilidade, por vezes, do ligamento

redondo e citou um caso de hérnia crural ligado a um tumor retroperitoneal de origem fibrosa.

O dr. Cesário Horta defendeu os princípios de sua técnica, mostrando que nela não há tensão dos tecidos suturados.

A cirurgia na Europa. — Dr. Eurico Branco Ribeiro. O orador relatou o seu contacto com a cirurgia na Europa, referindo o desempenho da missão que levou de convidar os cirurgiões para o IX Congresso Internacional de Cirurgia a realizar-se em São Paulo, em abril de 1954.

Tratamento cirúrgico das varizes dos membros inferiores. — Dr. Joaquim Bueno Neto. O A. cuidou do tratamento cirúrgico das varizes dos membros inferiores, referindo-se especialmente as varizes idiopáticas. Deu importância ao sistema valvular. Expôs as conexões entre o sistema venoso superficial e o profundo e indicou a ligadura das comunicantes e ressecção das veias varicosas superficiais, preferivelmente por meio de varetas. As lesões tróficas são em geral irremovíveis. Recorrem-se aos enxertos. Para orientação do tratamento, divide os pacientes em três grupos e especificou as normas seguidas.

Sessão de 10 de agosto de 1953

Presidente: DR. ADEMAR ALBANO RUSSI

Tratamento do câncer. — Dr. Walter Treuherz. O A. falou sobre o tratamento do câncer, ideado pelo dr. Max Tiegel, já morto. Os resultados publicados pelo dr. Tiegel despertaram a atenção do A. que, em 1950, começou a fazer experiências com camundongos com adenocarcinoma. Referiu as várias experiências, passou a ensaiar a aplicação ao homem. O método basea-se

na administração de gases anestésicos superaquecidos.

Comentários: — Dr. Moacir Boscardin. Referiu-se aos efeitos imediatos da aplicação dos gases aquecidos.

O dr. Treuherz informou que fazia aplicações diárias ou cada 2 dias, de éter até 100 cc, de Balsoformio até 50 cc. Sobre o mecanismo de ação, nada há ainda de positivo; no mo-

**NAS AFECÇÕES CRÔNICAS E AGUDAS
DO FÍGADO, RESPECTIVAMENTE,
HEPATOXIDIN E NIACINAMIDA
PINHEIROS**

**NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO
DA ARTERIOSCLEROSE,
P. O. L.
(PRINCÍPIOS OXI-LIPOTRÓPICOS)
PINHEIROS**

mento só se cogita de obter bons efeitos sobre a evolução do câncer.

O dr. Ademar Nobre felicitou o A. pela persistência com que vem fazendo os seus estudos.

O dr. Treuherz fez também experiências com o gás à temperatura ambiente e aquecido a 70° e verificou efeitos diferentes: 37,5% dos camundongos com gás aquecido obtiveram regressão dos tumores enquanto que isso só se obteve em 4% dos tratados com o gás à temperatura ambiente.

Dr. Gualberto Magalhães. Referiu-se ao controle radiológico no câncer dos pulmões.

O presidente agradeceu o orador e estimulou-o para continuar seus estudos.

Analgesia obstétrica. — Dr. Victor Friedl. Apresentou um aparelho para anestesia obstétrica, com o Trilene atualmente em uso em Viena, de onde acabava de chegar. O aparelho se presta também para anestésias ligeiras para pequenas intervenções.

Comentários: — Dr. Waldemar Machado mostrou que o aparelho apresentado é mais aperfeiçoado que o existente no Sanatório São Lucas. Aconselha-o para o trabalho de parto.

Estudo radiológico da aorta torácica pela angiocardiógrafia. — Dr. José Maria Cabello Campos. O A. apresentou a aparelhagem que usa para obter as suas radiografias, descrevendo detalhadamente a maneira do seu emprego. O A. faz a dissecação de uma veia da dobra do cotovelo, na qual introduz um cateter, que permite a injeção rápida do contraste precedido de injeção de novocaina, que evita os efeitos secundários imediatos, da introdução do anestésico (calor, dor, náuseas, tosse, etc.). Em seguida mostrou uma série de aortografias obtidas em diversos casos, alguns documentados antes e depois das intervenções realizadas.

Comentários: — Dr. José Bresser da Silveira. Salientou o valor dos trabalhos do dr. Cabello Campos, referindo um caso de aneurisma que o havia procurado por escarros sangui-

nolentos e no qual havia diagnóstico discordante.

O dr. Ademar Albano Russi referiu-se a dissecação da carótida como campo de introdução do contraste sob anestesia geral, como é usado no Hospital das Clínicas; por isso há um certo risco na obtenção da aortografia; a técnica do dr. Cabello Campos é menos perigosa e mais simples e talvez ainda mais eficiente.

A radiologia no Sanatório São Lucas. — Dr. Jacyr Quadros. Apresentou o relatório das atividades do Departamento de radiologia, citando a estatística do ano de 1952, do Sanatório São Lucas. Fez a análise dos dados apresentados, destacando alguns casos, para salientar seja a dificuldade de diagnóstico seja a interpretação feliz de chapas. Em radiologia do estômago, mostrou vários casos interessantes, que submeteu ao comentário dos presentes.

Comentários: — Dr. Eurico Branco Ribeiro fez considerações em torno de casos de localização de úlcera gástrica, de hipertrofia em anel da musculatura do antro e de metástases peritoneais de câncer da mama.

O dr. Paulo G. Bressan elogiou a porcentagem elevada de diagnóstico certo nos exames do estômago e fez considerações de ordem terapêutica, em busca de uma cirurgia menos demolidora.

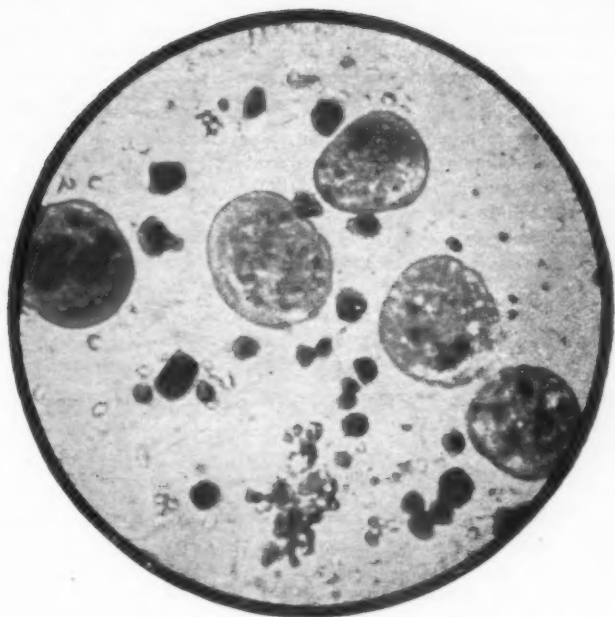
O dr. Felipe Fanganielo citou um caso em que a conduta cirúrgica consistiu na secção das fibras de sutura em sentido transversal.

O dr. Jacyr Quadros fez ainda considerações sobre os casos comentados.

Torção da sigmóide ou vólvulo de megasigna. — Dr. Eurico Branco Ribeiro. O A. discorreu sobre o vólvulo da sigmóide, citando a manobra da distorção por meio do sigmoidoscópio, que vem dando bons resultados na Suécia, nos Estados Unidos e na Argentina, bem como em Rio Preto, onde o dr. Oscar Serra Dória publicou vários casos com sucesso.

Comentários: — Dr. José Saldanha Faria referiu-se aos casos em que a

Nas amebíases



Entameba histolítica

MUCICORB

(GLICOLILARSENILATO DE BISMUTO)

a 0,25 g e 0,50 g

Atóxico, de relativa insolubilidade,
assegura alta concentração no
grosso intestino.



Laboratório Xavier
JOÃO GOMES XAVIER & CIA. LTDA.

MUCICORB

ESPECÍFICO DAS AMEBIASES

Dentre os diversos produtos quimioterápicos obtidos e empregados nas infecções intestinais, destaca-se o glicolilarsenilato de bismuto, ou seja, um composto de bismuto derivado do ácido glicolilarsênico que, segundo observações, é de grande eficácia nas infecções amebianas, sendo qualificado como o melhor amebicida encontrado até o presente.

Observações tanto "in vitro" como "in vivo" demonstraram ser o glicolilarsenilato de bismuto superior a todos os produtos até agora preconizados contra as infecções amebianas. Clinicamente, tem sido tratado com excelentes resultados, mais de mil casos — "Clinically has been tested with excellent results in over 1000 cases" (Modern Drugs October, 1949, p. 215). É completamente atóxico, a aplicação facilmente tolerada, não sendo observado distúrbio algum. Também tem ação sobre outros protozoários intestinais, com exceção da "Giardia" — "Thus after a few days treatment, E. Coli and cysts, E. nana, and cysts, Iodamoeba and Trichomonas disappear" (Dis. Bull. 40-p.914-Dec. 1943). Diminui o peristaltismo intestinal, tendo também propriedades sedativas e anti-diarréicas.

O MUCICORB inclui em suas fórmulas, por comprimido:

Glicolilarsenilato de bismuto	0,25 g	Glicolilarsenilato de bismuto	0,50 g
Excipiente q. s. para	0,38 g	Excipiente q. s. para	0,76 g

INDICAÇÕES

Em todas as formas de amebiases agudas ou crônicas e nas demais infecções provocadas por outros protozoários intestinais.

POSOLOGIA E MODO DE USAR

0,25 g - 2 comprimidos, 3 vezes ao dia, durante 8 dias. Como profilático, 2 comprimidos por dia, a critério médico.

0,50 g - 1 comprimido, 3 vezes ao dia, durante 8 dias. Como profilático, 1 comprimido por dia, a critério médico.

APRESENTAÇÃO

Vidros com 24 e 250 comprimidos.

LABORATÓRIO XAVIER
JOÃO GOMES XAVIER & CIA. LTDA.
R. Tamandaré, 553 e 984 - Cx. Postal 3331
SÃO PAULO



CONSULTORES CIENTÍFICOS:

PROF. DR. DORIVAL DA FONSECA RIBEIRO
PROF. DR. GENESIO PACHECO

DEPÓSITOS:

RIO DE JANEIRO — RUA MAYRINK VEIGA, 11 - 9.º
PORTO ALEGRE — RUA 7 DE SETEMBRO, 709 - 1.º
BELO HORIZONTE — RUA GOITACAZES, 61
CURITIBA — RUA LOURENÇO PINTO, 84
RECIFE — RUA DA CONCORDIA, 143 - 1.º
UBERLÂNDIA — AVENIDA CESÁRIO ALVIM, 208

REPRESENTANTES NOS DEMAIS ESTADOS

alça torcida pode estar muito comprometida.

Dr. Adalberto Leite Ferraz citou casos de impotência pelo abaixamento nos megas.

Dr. Ademir Albano Russi. Informou que também no Serviço do

prof. Alípio Corrêa Neto se discutiu a questão da impotência.

Reação de Migliano. — O Dr. Eurico Branco Ribeiro referiu a difusão que está tendo a Reação de Migliano para o diagnóstico da sífilis, tendo o autor aduzido algumas informações.

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo

Sessão de 15 de janeiro de 1954

Presidente: Prof. FELÍCIO CINTRA DO PRADO

Diagnóstico em neurologia. — Na ordem do dia, falou primeiramente o dr. Paulo Pinto Pupo, que analisou os fundamentos da eletroencefalografia. Discorrendo sobre as origens da atividade elétrica cerebral, explicou que a célula nervosa, como todo elemento vivo, produz, em seu funcionamento, uma atividade elétrica intimamente ligada com o metabolismo celular e com outros fatores do meio interno e do exterior. Um fragmento de cortex cerebral, mesmo desconectado de quaisquer influências aferentes e eferentes, produz atividade elétrica rítmica. Mas a atividade elétrica cerebral de origem local em todos os neotônios, está submetida a uma integração que a torna uma unidade, mercê de potentes sistemas reguladores centrencefálicos e sistemas ativadores mesencefálicos. Daí, no registro desta atividade, as características de ritmo, organização, regularidade e simétrica, que definem perfeitamente o eletroencefalograma normal. Toda afecção orgânica comprometendo o cérebro se traduzirá então por alterações do eletroencefalograma, fornecendo assim elementos para o diagnóstico.

Prosseguindo, mostrou o relator, com o auxílio de numerosos exemplos, as principais modificações do eletroencefalograma normal: descargas espículas focais, ondas delta significativas de sofrimento atual da célula nervosa, depressão de atividade em certos processos compressivos ou destrutivos cerebrais, e as distúrbios paroxísticos da epilepsia.

Quanto ao valor do método, acentuou que a eletroencefalografia permite o diagnóstico seguro entre epilepsia idioipática, familiar, hereditária, e os distúrbios convulsivos de lesão cerebral adquirida que constituem, felizmente, mais de 75% dos casos de convulsões. Nos tumores cerebrais, este método funcional de exame possibilita o diagnóstico precoce e, em consequência, também a terapêutica precoce; nos distúrbios circulatorios cerebrais, orienta o diagnóstico diferencial com os tumores: nos traumatismos cranianos, permite distinguir as sequelas orgânicas e as puramente psicógenas, além de evidenciar os casos de simulação, frequentes na clínica.

Concluindo, salientou o dr. Paulo Pupo que a eletroencefalografia é método semiológico absolutamente inocuo, praticável em qualquer doente, mesmo nos estados mais graves, e que pode ser repetido diariamente, quantas vezes for necessário.

Falando a seguir, o dr. Paulo de Almeida Toledo analisou o valor do exame radiológico do crânio, com as radiografias simples e as ventriculografias, detendo-se nas indicações, contra-indicações e perigos da arteriografia cerebral. Discorrendo sobre a parte técnica, mostrou as vantagens da serigrafia, que permite a obtenção de maior número de imagens, em tempo reduzido, para o que emprega um troca-chassis de construção própria, usado comumente para angiocardigrafia.

Após estudar a anatomia normal dos vasos cerebrais e o quadro radiológico da arteriografia cerebral normal, o dr. Paulo Toledo analisou as lesões arteriais de aterosclerose e trombose, os angiomas e aneurismas, e os tumores vascularizados e não vascularizados, salientando, ao concluir, que se trata de método traumatizante e não inócuo, porém extremamente útil na prática.

Encerrando a sessão, o dr. Octavio Lemmi desenvolveu extenso comentário clínico, realçando que, pelo valor e número de informações, a eletroencefalografia (E.E.G.) e a angiografia cerebral são métodos semiológicos hoje empregados correntemente em quase todos os serviços neuro-psiquiátricos e neuro-cirúrgicos do mundo. São, entretanto, métodos subsidiários do exame clínico, dele dependendo diretamente nas suas indicações, nas suas contra-indicações e, particularmente, na correta interpretação de seus resultados.

A E.E.G. é empregada principalmente nos distúrbios orgânicos cerebrais, não apresentando, ainda, bases sólidas os estudos de suas relações com as alterações psíquicas ou psicogênicas. É a epilepsia o seu campo de indicação máxima, pela possibilidade do diagnóstico diferencial entre as formas sintomáticas (cerca de 75%) e as endógenas — distinção que tem importância clínico-terapêutica, social e médico-legal. Cerca de 10% de epiléticos clinicamente comprovados podem apresentar E.E.G. normal, o que está em grande parte relacionado à idade dos pacientes ou à idade do início das manifestações epiléticas.

Nos tumores cerebrais, prosseguiu o relator, a E.E.G. permite estabelecer o diagnóstico de sede e, até certo ponto, o diagnóstico de natureza, com alta frequência. Além disso, sendo método essencialmente funcional, pode igualmente estabelecer o diagnóstico com precocidade, indicando as zonas de sofrimento cerebral em torno do tumor, ao passo que a angiografia e a ventriculografia, métodos morfológicos, só darão essa indicação quando o tumor tiver produzido deslocamentos de formações anatómicas. Indicando a possível sede do

tumor, a E.E.G. permite decidir sobre a orientação a ser seguida: arteriografia para os tumores dos hemisférios e ventriculografia para os tumores profundos da linha mediana ou os da fossa posterior.

Nos traumatismos cranio-encefálicos a E. E. G. pode ser utilizada, seja na fase aguda, indicando o grau de extensão das lesões e sua evolução, seja na fase crônica, indicando a presença dos hematomas. É também utilizada para estudar a evolução dos distúrbios vasculares agudos do cérebro (ictus) permitindo o diagnóstico diferencial com os tumores agudos (glioblastoma) e com os processos inflamatórios cerebrais (encefalites).

A angiografia cerebral — acentuou o dr. Lemmi — constitui método semiológico preciso, sendo porém traumatizante e agressivo, motivo pelo qual não está isento de complicações, felizmente muito raras. Contra-indica-se a arteriografia nos casos de graves distúrbios cardiovasculares, com hipertensão maligna, angina de peito, arterioesclerose avançada, descompensações cardíacas, etc. Com o emprego desse método chega-se ao diagnóstico não só da sede, como também da natureza dos tumores cerebrais. No primeiro caso, pelos desvios da imagem normal dos vasos cerebrais; no segundo através do aparecimento de circulação patológica (glioblastoma, meningioma, malformações vasculares) ou de ausência de circulação (tumores císticos). Nas hemorragias cerebrais — hemorragia subaracnóideia — a arteriografia poderá evidenciar aneurismas ou malformações vasculares, que devem ser extirpadas cirurgicamente, pois constituem causa frequentíssima de recidivas quase sempre mortais. A arteriografia pode ser realizada mesmo logo após o acidente agudo; se a arteriografia carotídea bilateral não demonstrar a presença do foco hemorrágico, far-se-á a arteriografia vertebral. Nos traumatismos cranio-encefálicos a arteriografia fornece dados úteis, seja na fase aguda evidenciando os hematomas extra e subdurais, os intracerebrais e, mesmo, o edema cerebral, seja na fase crônica quando se relaciona especialmente ao hematoma subdural.

Resfriada? Desconheça!



COMBATIN

Br-ascorbato de quinina

Ind. Farm. Endochimica S. A.

MATRIZ

SÃO PAULO — BRASIL

FILIAIS:
RIO DE JANEIRO
PORTO ALEGRE
BELO HORIZONTE
RECIFE
CURITIBA
SALVADOR

END. TELEGRÁFICO
"ENDOCHIMICA"
CAIXA POSTAL 7.230

Outras Sociedades

Centro de Estudos de Oftalmologia, sessão de 12 de janeiro de 1954, ordem do dia: 1) *Oftalmia simpática* — Dr. B. Paula Santos; 2) *A oftalmologia atual e a de 30 anos atrás* — Dr. Waldemar Belfort Mattos.

—, sessão de 18 de janeiro de 1954, ordem do dia: 1) *Cirurgia do glaucoma* — Dr. Jacques Tupinambá; 2) *Inconografia das doenças da retina* — Dr. Waldemar Neimeyer.

Hospital Juqueri, sessão de 16 de janeiro de 1954, ordem do dia: 1) *Arterioceleroze cerebral*; 2) *Cirrose atrofica do fígado*; 3) *Encefalopatia infantil*; 4) *Psicose tóxica — Pancreatite aguda*. Exposição clínica pelos Drs. Décio Pinto de Moura, Diogo C. Garcia, Gece L. Szterling e Euler Sanderville.

Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho, sessão de 14 de janeiro de 1954, ordem do dia: 1) *Tumor da supra-renal* — Dr. Antonio Mirra e prof. José Ramos Jr.; 2) *Carcinoma gelatinoso do intestino fixo à parede abdominal* — Dr. Salim Auda; 3) *Carcinoma do transverso e diverticulose* — Dr. Moreira Lima; 4) *Metanoma metastático no fígado e papiloma pigmentado da parede abdominal* — Dr. Antonio Mirra.

—, sessão de 21 de janeiro de 1954. 1) *Tumor de Francia Martins* — Prof. José Ramos Junior; 2) *Melanoma maligno metastático no fígado papiloma pigmentado da parede abdominal* — Dr. Antônio Mirra; 3) *Ameloblastoma* — Prof. Antonio Prudente; 4) *Carcinoma da mama recidivado* — Dr. Oswaldo Peres.

Sociedade de Biologia de São Paulo, sessão de 19 de janeiro de 1954, ordem do dia: 1) *Wolfgang Burchel — Determinação da LD50 ao veneno*

puro, seco da aranha "Phoneutria nigriventer" e das glandulas da mesma; A. Carvalho da Silva e M. Aparecida Pontes — *Curvas de piruvato, lactato e glicose em carência de riboflavina e piridoxina*.

Sociedade de Gastroenterologia e Nutrição de São Paulo, 14 de janeiro de 1954, ordem do dia: Dr. Ary Lopes de Almeida — *Esplenoportografia: sua aplicação no diagnóstico e na orientação terapêutica da hipertensão porta*.

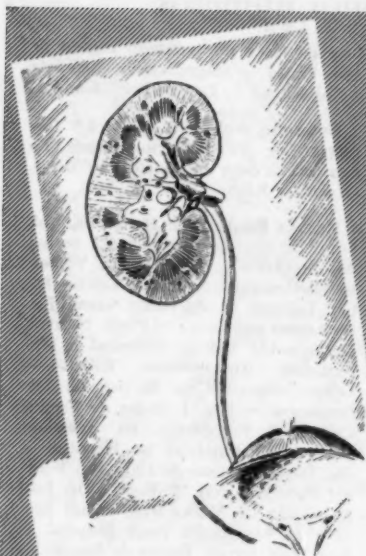
Sociedade Médica São Lucas, sessão de 11 de janeiro de 1954, ordem do dia: *Progressos da terapêutica* — Dr. Francisco Caldeira Algodual.

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, sessão de 15 de janeiro de 1954, ordem do dia: 1) Dr. Paulo Pinto Pupo — *Fundamentos da encefalografia*; 2) Dr. Paulo de Almeida Toledo — *Arteriografia cerebral*; 3) Dr. Octavio Lemmi — *Considerações clínicas sobre o assunto*.

—, sessão de 26 de janeiro de 1954, ordem do dia: 1) Prof. E. J. Zerbini — *Apresentação de película cinematográfica colorida demonstrando o ato operatório*; 2) Prof. Jairo Ramos — *Indicações e contra indicações do tratamento cirúrgico da estenose mitral*. Comentadores: Drs. Artur Domingues Pinto, Horácio Kneese de Mello, José Reynaldo Marcondes, Silvio Borges, Ruy Ferreira Santos e Prof. Mário Degni.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo, sessão de 14 de janeiro de 1954, ordem do dia: Dr. Antônio Miguel Leão Bruno. — *Da violência presumida nos delitos sexuais: problemas de psicopatologia forense*; 2) Dr. Hilário Veiga de Carvalho — *O efeito Joule como acidente elétrico do trabalho*.

Evite o abuso de alimentos gordurosos e adote alimentação adequada ao clima do país. — SNES.



Para desinfecção das vias urinarias

Amphotropina

altamente bactericida e antillogistica

Comprimidos para o tratamento por via oral, de ação intensa, mesmo na urina alcalina.

Embalagem original. tubo com 20 comprimidos de 0,5 gr.

Solução para injeção intravenosa. De efeito rápido e energico nos estados cronicos inflamatorios das vias urinarias.

Embalagens originais.

caixas com 1 e 5 ampolas de 20 cc.
Caixas com 5 ampolas de 5 cc.
Vidro com 50 cc



IMPrensa MÉDICA DE SÃO PAULO

Sumário dos últimos números

Arquivos de Biologia, Ano XXXVII, n.º 315, novembro-dezembro de 1953. Quintino Mingóia — Constituição química e depressão do sistema nervoso central; Terapêutica Polidimensional das dores; Malhado Filho — Sinopse de fitoterapia.

Arquivos de Dermatologia e Sifilografia de São Paulo, Vol. XV, n.ºs 1 e 2, janeiro a junho de 1953. João Paulo Vieira — Algumas considerações sobre radioterapia nas dermatoses; Abílio F. Martins de Castro F.º e Mario Fonzari-Pênfigo foliáceo e verrugas; Mario Fonzari — Estado atual da terapêutica do Pênfigo foliáceo pelo BCG.

Arquivos de Higiene e Saúde Pública, Vol. XVIII, n.º 55, março de 1953. Novos rumos da Saúde Pública — Humberto Pascale; Planejamento, organização e administração de serviços públicos médico-sanitários e hospitalares — Avelino Lemos Jr. e Maria de Jesus Carreira; Algumas considerações gerais sobre o estudo clínico da moléstia de Chagas — João Ernesto Faggin. Relatório das atividades da Divisão do Serviço de Tuberculose — Dr. Nestor Goulart Reis.

Arquivos de Higiene e Saúde Pública, Vol. XVIII, n.º 56, junho de 1953. Orientação atual para o diagnóstico e tratamento da sífilis e moléstias venéreas — Sebastião A. P. Sampaio; Inquérito sorológico para o diagnóstico da sífilis entre as prostitutas da zona do meretrício de São Paulo — J. Martins de Barros, Vicente Z. Mamana e Acad. Walter Belda; Inquérito sobre o saneamento das cidades do Estado de São Paulo — Aguas e esgotos — Heitor Pinto Tameirão; Inquérito epidemiológico sobre disenteria bacilar em Morro Agudo (Est. de São Paulo) de 18 de julho de 1952 a 7 de março de 1953 — Julio Ferreira da Costa; Poluição das águas pela vinhaça de cana; Contribuição para o conhecimento do

teor de flúor de águas do Estado de São Paulo — Significação sanitária do problema — Yaro Ribeiro Gandra.

Neuronio, Vol. CIV, n.º 4, 4.º Trimestre de 1953. Personalidade da criança. Testes de projeção — Dr. J. Carvalho Ribas.

Revista Paulista de Hospitais, Vol. 1, n.º 9, setembro de 1953. A rotina dos berçários — Enfa. Eloisa Veloso; Brasileiros ilustres — Dr. Emílio Ribas, Geraldo H. de Paula Sousa; Enfermagem pediátrica — Profa. Nahyda de Almeida Veloso; Hospital e Maternidade — Dr. Aduto Ribeiro — Osasco; Funções do Serviço de Enfermagem — Dra. Lourdes de Freitas Carvalho; Precauções na anestesia local; As Voluntárias no Hospital — Dr. Dario Augusto de Carvalho Franco; Serviço Social Médico — Dr. José Celidônio de Mello Reis Filho; Serviço de Estagiários num hospital — José Sady Netto; Banco de Sangue — Elói Vicente Bettega; Dieta normal para um indivíduo hospitalizado — Isaura Leite Cesar.

Revista Paulista de Medicina, A tireoidectomia subtotal ampliada. Indicações, bases e técnica — Dr. Sebastião Hermeto Junior; O problema do megacólon na criança — Drs. Virgílio A. de Carvalho Pinto, Waldeimar H. Cardim, Roberto de Vilhena Moraes e Mario Altenfelder Silva; A curarização total na anestesia em cirurgia das vias biliares — Drs. Plínio Bove, Reynaldo Figueiredo e Felipe José Figliolini; Safenectomia externa e flebografia — Dr. Octavio Martins de Toledo; Registro de casos: Atresia congênita do esôfago. A propósito de um caso operado, com sobrevida — Drs. Virgílio A. de Carvalho Pinto, Pedro Refinetti e Roberto de Vilhena Moraes; Cálculo vesical constituído ao redor de material de sutura inabsorvível utilizado em cura de fístula vésico-vaginal — Drs. Augusto Amélio da Motta Pacheco e Armando Botter Bernardi.

VITAMINA
B₁
NEOVIX-B₁*

Cloridrato de Tiamina

ALGIAS
NEVRITES
REUMATISMO
HIPOVITAMINOSE B₁

***NEOVIX-B₁ 10 mg**

Caixas com 6 e 30 ampolas de 1 cm³

***NEOVIX-B₁ 50 mg**

Caixas com 4 e 30 ampolas de 2 cm³

***NEOVIX-B₁ 100 mg**

Caixas com 4 e 30 ampolas de 2 cm³

LABORATÓRIO SILVA ARAUJO-ROUSSEL S. A.

— RIO DE JANEIRO —

S. Paulo : Rua Bitencourt Rodrigues, 180 - Cx. Postal, 439



VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

Prêmios conferidos em 1953. —

Como faz todos os anos para estimular a produção científica de seus associados, a Associação Paulista de Medicina julgou os trabalhos apresentados para concorrer aos prêmios distribuídos em 1952. Tendo sido encerrado em 31 de outubro de 1953 o prazo para a inscrição desses trabalhos, já em janeiro de 1954, isto é, pouco menos de três meses depois, os trabalhos foram lidos pelas Comissões Julgadoras. Graças a melhor organização da regulamentação desses prêmios, realizados pela Sociedade desde 1948, o trabalho de julgamento foi grandemente facilitado, permitindo maior rapidez na distribuição dessas laureas.

Foram concedidos os seguintes prêmios:

1) Prêmio "Mario Pereira" — Conferido ao trabalho *Brucelose humana no Estado de São Paulo. Inquerito Sorológico*, apresentado pelos drs. Jandyrá Planet do Amaral, Augusto de E. Taunay, José Roberto Carneiro Novais e Nelson Planet.

2) Prêmio "Silvio Maia" — Conferido ao trabalho: *Contribuição para o estudo do tecido conectivo subseroso do segmento uterino e a cesárea segmentaria transperitoneal*, apresentado pelos drs. Paulo Schmidt Goffi e Roberto A. Aun.

3) Prêmio "Mario Ottoni de Rezende" — Conferido ao trabalho:

Paraganglioma acromafínico do ouvido médio (Tumor do Glomus Jugulare), apresentado pelos drs. Mauro Candido de Souza Dias e Marco de Assis Figueiredo.

N. R. — A relação não está completa. A secretaria da APM não enviou o resultado dos seguintes prêmios: "Honorio Libero", "Enjolas Vampré", "A. C. Camargo", "José de Almeida Camargo" e "Margarido Filho".

Prêmios à serem distribuídos em 1954. — A Associação Paulista de Medicina distribuirá no corrente ano os prêmios abaixo mencionados, figurando entre parênteses a especialização a que são destinados.

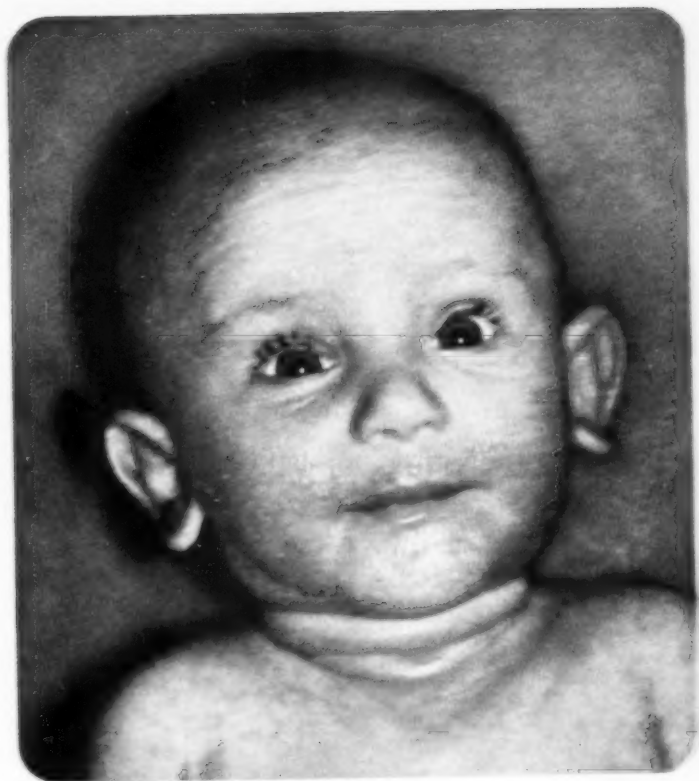
A inscrição dos trabalhos será encerrada, impreterivelmente, em 31 de outubro.

"A. C. Camargo" — (Cirurgia); "Adolfo Carlos Lindenberg" — (Dermato-sifilografia); "Benedicto Montenegro" — (Cirurgia do aparelho digestivo); "Enjolas Vampré" — (Neurologia); "Honorio Libero" — (Ginecologia e obstetria); "José de Almeida Camargo" — (Cultura geral); "Joé Pinto Alves" — (Parasitologia Médica); "Margarido Filho" — (Pediatría); "Nicolau de Moraes Barros" — (Ginecologia); "Pravaz, Laboratório S/A." — (Patologia e Clínica do fígado e vias biliares); "Vicente Baptista" — (Vitaminologia).

Homenagem

Prof. Celestino Bourroul. — Realizou-se no dia 15 de julho de 1953, na Santa Casa de Misericórdia, merecida e justa homenagem dos propagandistas de produtos farmacêuticos, em virtude da outorga, pela Universidade de São Paulo, do título de Professor Emérito da Faculdade

de Medicina, ao Prof. Celestino Bourroul. A solenidade, constou, de uma sessão solene no salão nobre da Santa Casa, onde lhe foi entregue artístico pergaminho com carinhosa saudação. Na ocasião o Sr. Pelágio Ramos Leite pronunciou o seguinte discurso:



ALERGIA

QUANDO A PELE É O ÓRGÃO
FINAL DA REAÇÃO ALÉRGICA

Piribenzamina

PIRIBENZAMINA nas dermatoses alérgicas

"...proporciona bons resultados em elevada percentagem de casos..."¹

- Quando a pele constitui o órgão final da reação alérgica, a Piribenzamina domina amplamente os sintomas das dermatoses consecutivas².
- No tratamento de muitas dermatoses, tais como urticária, dermatite atópica, reações cutâneas medicamentosas ou prurido anal e vulvar, as lesões regredem mais rapidamente quando, em complemento à terapêutica local rotineira, se administra a Piribenzamina por via oral³.
- Com o emprego da Piribenzamina, quase todos os doentes com urticária aguda são aliviados, e dois terços dos casos crônicos, beneficiados⁴.
- A Piribenzamina faz com que desapareça também o prurido em muitas dermatoses, cuja origem alérgica é incerta; o alívio deste desagradável sintoma facilita o processo da cura, por eliminar a comichão⁵.
- Em uso tópico, a Piribenzamina exerce ação fungicida direta no tratamento do pé de atleta e de epidermofícias⁶; admite-se ainda, nos eczemas, um efeito antagônico ao da hialuronidase, responsável pela formação da espongiase⁷.

1 Feinberg e Friedlaender: Am. J. Med. Sciences 213: 58, 1947.

2 Arbesman: J. of Allergy 19: 178, 1948.

3 Morrow: Calif. Med. 69: 22, 1948.

4 Osborne e col.: Arch. Derm. & Syph.

55: 309, 1947.

5 Feinberg e Bernstein: J. A. M. A. 134: 874, 1947.

6 Carson e col.: Science 111: 689, 1950.

7 Niemeyer: A Fôlha Médica 31: 171, 1950.

COMPRIMIDOS de 50 mg
Vidros com 20, 50 e 250 comprimidos
ELIXIR (1 cm³ = 5 mg)
Vidros com 100 cm³
POMADA a 2 %
Bisnagas com 20 g



PRODUTOS QUÍMICOS CIBA S. A.

Exmo. Sr. Professor Celestino:

Sem colorido de qualquer nuance, trazendo na alma a limpidez clara das águas puras dos — lagos mansos e profundos, aqui estão — na expressão brilhante e oportuna de V. Excia. — Os “soldados desconhecidos da propaganda” de Produtos Farmacêuticos de São Paulo, para prestar a sua mais comovida e sincera homenagem àquele que, sendo sábio e mestre, nunca se perdeu na vertigem das alturas, para ser sempre pai e amigo, a cada um de nós recebendo, a qualquer — hora e em qualquer dia, com imensos braços de bondade abertos, o enorme coração pulsando em borbotões de compreensão e humanidade e os lábios abertos em sorrisos de amizade e palavras de entusiasmo, de vida, de ensinamentos profundos e de profunda fraternidade.

Eis exatamente porque aqui estamos para — lhe trazer, na afirmação da nossa presença e no simbolismo desta mensagem, a gratidão que — devemos àquele que tão bem denominamos de “amigo número um” dos propagandistas de São Paulo.

E assim é e assim V. Excia. Tem sido realmente.

Na sua longa e maravilhosa caminhada, desde as ruelas estreitas e íngremes dos primeiros anos de sacerdócio médico até à avenida — largo e a altiplanura do Himalaia de artífice-máximo da medicina, em que hoje o encontramos, não tendes sido, dia a dia e hora a hora, para os soldados desconhecidos, para os trabalhadores anônimos da propaganda, outra coisa senão o grande amigo. Aquele amigo de quem — afirmava o Evangelista — Já afirmava Cristo Que — Quem o possui, possui um tesouro. Tesouro — Que avaramente cuidamos e guardamos, no asan — de conserva-lo belo e puro na sua essência, como um conforto e um alento nas nossas lides — presentes e incentivo e um exemplo para as gerações futuras.

Os desesperos d'alma e as angústias da vida, os dissabores cotidianos, os cansaços diários, os desconfortos e o esgotamento das longas horas de trabalho, as lutas e os entrecosques

na peleja pela vida, nada jamais foi capaz de alterar a boa vontade, o carinho e amizade — com que V. Excia. sempre recebeu na sua casa de trabalho e sacerdócio, onde quer que fosse, aqueles que nos antecederam e a nós que aqui estamos. Esse foi sempre o traço mais característico, para nós, da sua longa e magnífica existência, traço que permanecerá indelével em nossos corações. E é exatamente para testemunhar, pessoalmente e de viva voz, este sentimento de gratidão pela sua imensa bondade, que os “soldados desconhecidos” da propaganda entregam esta mensagem — um gesto de anônimos amigos agradecidos ao grande amigo jamais esquecido.

O professor Celestino Bourroul, profundamente emocionado com a espontaneidade e singeleza da manifestação daquela classe de colaboradores dos laboratórios, pronunciou as seguintes palavras de agradecimento:

Meus amigos:

Não sei qual o motivo de semelhante manifestação. Fiquei na verdade, surpreendido, enleado, confuso e sensibilizado. O que podeis esperar de um velho? E o que um velho vos pode dar?

Compoamor, o maviioso poeta castelhano, em uma de suas — poesias, tão profundas quão chistosas, disse:

“Neste mundo enganoso

Não há verdade, não há mentira,

Tudo é conforme a côr

Do cristal por que se mira!.

Assim, o vosso coração bondoso foi-me vendo através de um prisma de bondade, mercê do tempo por que temos vivido juntos, e desta arte a ilusão, de uma verdade enganosa!

De há muito venho conhecendo a gente dos remédios. Pregoeiros incansáveis e quicá pregoeiras já, sobrando pesadas pastas, abarrotadas de drogas; curvado ao peso de carga tão grande; rememorando as virtudes de tanta milagrosa droga; decorando complicados nomes, verdadeiras panacéas, com que a arte farmacêutica vem inundando o mercado, de mãos dadas com as descobertas químicas num pregão inteligente, em

que não há doença que resista à tal remédio, sois, meus caros Amigos, dignos de dó e admiração. Enchei a cabeça de nomes e fórmulas abstrusas. As bulas são verdadeiras patologias. Os remédios servem para tudo e para todos. Com que arte, a vasão de tais medicamentos vai saindo de vossos pregões inesgotáveis; a palavra pode vos faltar algumas vezes, culpa não vos cabe, mas não dizia Corneille, no Cid, que o combate cessou por falta de combatentes?

Felizmente, que vieram em vosso auxílio arautos destemidos, que não vos há de faltar a palavra, já as idéias se mostram tão arredias e por isso que nós chamávamos de estafa, que os franceses apelidaram de *sur-ménage* — isso que Selye e sua escola chamam hoje de stress e strain com os fenômenos de alarma e de adaptação, quando não de falência mórbida.

Quando a propaganda vai se tornando um tanto exagerada, à guiza de um conselho, que já me permite a idade, vou dizendo que talvez fóra não arriscar semelhante remédio, lembrando que "santo de casa não faz milares", e, mesmo quando o entusiasmo vai ultrapassando os limites do bom senso e da prudência, costume perguntar, à pureza, abandonar-se-ia o Amigo a tomar tal e tal medicamento? A resposta tem sido, algumas vezes negativa, talvez por um estado hígido, se não precisão ou ainda por um instinto inato de conservação; ou talvez ainda, pelo conselho, com tintas de religião: "a caridade começa por casa"; ou ainda porque não passa o pobre propagandista de um caixeiro-viajante (não vejam nisso um menosprezo nosso, mas antes um elogio), pois é ele que muitas vezes faz o negócio, e não um test ou um animal de laboratório para experiências "in animabile". Quando o tratamento da sífilis ia no seu auge, com os arsenicais: arsenobenzol, neo-arsenobenzol, surge o fatídico treparsol para o tratamento luetico pela boca, que tantas vítimas fez!

Quando Ehrlich proclamou, cheio de esperança, a cura da sífilis, com

o seu 606, operando o milagre lustral com a sua sterilisativo magna, alguns moralistas, otimistas e visionários, viram nisto antes um mal do que um bem, pois assim tendo o remédio ao lado do mal, a humanidade ia se ativar desenfreadamente a libidinagem!

Bem logo, porém, tais esperanças e tais receios se desfizeram tangidos por desenganos e realidades; e, mais, dizem que os hospícios nunca se encheram então de tantos paralíticos gerais!

Assim como o Ashaverus do mito, vamos caminhando, qual judeu errante, para a morte, assim o nosso caminho se ilumina de clarões bruxoelantes que logo se apagam.

Fazemos, meus Amigos, parte de uma mesma Família, dos que trazem um consolo ou uma esperança a esta triste humanidade.

Quem sabe se alguns por interesse, mais ou menos digno; outros, por ignorância; outros por má fé, outros, ainda, por boa fé, homeopática em que os remédios se vão diluindo de tal modo que chegam a dinamizações tão altas que se transformam na fé que cura de Charcot ou do psico-somatismo hodierno, ou ainda no milagre das bôdas de Caná, onde a água cristalina vendo o seu Creador corou, assim que nos descreve o Autor inglês, transmutando-se em vinho, como o milagre da palavra creadora de Deus transforma sobre o altar o pão, já santo, na mesa do pai de família, para alimento dos filhos, em seu próprio corpo, pela palavra de Deus.

Continuemos, pois, nessa faina abençoada da caridade, a serviço da fé e da esperança, porque, três são as virtudes principais: a Fé, a Esperança e a Caridade, porém, diz o Apóstolo, a maior delas é a Caridade, porque a Fé desaparecerá na Verdade e na visão divina; a Esperança, na realidade; a Caridade na eternidade de Deus, que é o amor, o próprio Deus, na continuidade do Filho e do Espírito Santo, Triângulo Divino de cujo âmbito, também por uma filiação divina, fazemos parte — "in ipso vivimus, movemur et sumus".

SUCEDÂNEO DO PLASMA SANGUÍNEO
SUBTOSAN

Polivinilpirrolidona ou PVP e Compostos Minerais

Solução isotônica e isoviscosa em relação ao sangue

Conservação praticamente ilimitada

Ótima tolerância

Facilidade de emprego

Comodidade de transporte e aprovisionamento

Tratamento econômico

Supressão da determinação dos grupos sanguíneos

HEMORRAGIAS
ESTADOS DE CHOQUE
QUEIMADURAS
ATREPSIAS
CAQUEXIA

SUBTOSAN

FRASCO graduado de 500 cm³

SUBTOSAN INFANTIL

AMPOLAS de 50 cm³ : caixas de 1 e de 25



A marca de confiança

COMPANHIA QUÍMICA RHODIA BRASILEIRA

CAIXA POSTAL 8095 — SÃO PAULO, S P

Necrológio

Dr. Jaime Americano. — Ocorreu recentemente o falecimento do dr. Jaime Americano, que quando se dirigia para São Paulo, vindo do Rio de Janeiro, em seu próprio automóvel, foi vítima de fatal desastre. O dr. Jaime era major-médico da Força Pública e figura largamente estimada na nossa sociedade.

O dr. Jaime Americano tem seu nome ligado à nossa aviação civil, da qual, nos seus primórdios, foi um dos maiores animadores e entusiasta.

O dr. Americano foi um dos animadores da construção de planadores aqui, tendo desenvolvido grande atividade no Campo de Marte, em 1930, com o comandante Ismael Guilherme.

O passamento do ilustre paulista encheu de consternação a nossa sociedade e os nossos meios aeronáuticos e militares, onde desfrutava de grande prestígio e profundas amizades pelas suas magníficas virtudes de espírito e coração.

CONGRESSOS MÉDICOS

VII Congresso de Cirurgia Plástica

Sua realização no México. — Realizar-se-á de 5 a 9 de outubro de 1954, na cidade do México, sob a presidência do Dr. Mário Gonzalez Ulloa, o VII Congresso de Cirurgia Plástica no qual versarão os seguintes temas:

I) *Recuperação dos feridos* — Relator: Dr. MIGUEL CORREA IRRAPE (Argentina).

II) *Reparação plástica das lesões tendinosas das mãos* — Relator: Dr. HÉCTOR ARDAO (Uruguay); Comentarista — Dr. LUIS IGLESIAS DE LA TORRE (Cuba).

III) *Cirurgia plástica das maxilares* — Relator: Dr. MÁRIO GONZÁLEZ

(México); Comentarista — Dr. ALBERTO RAHAUSEN (Chile).

Para maiores informações os interessados poderão dirigir-se ao Sanatório Dalinde, Tuxpan 23 — zona 7, 5.º piso, México D. F.

NOTA: Em julho de 1953, foi editada no México, sob a orientação do Dr. Mário Gonzalez Ulloa, a "Revista Latino Americana de Cirurgia Plástica Latino Americano".

Essa revista tem como objetivo principal fazer uma verdadeira difusão e intercâmbio de novas técnicas, conhecimentos, problemas e ideias da especialidade.

ASSUNTOS DE ATUALIDADE

Censo demográfico de 1950

Revelações. — O número de médicos que em São Paulo se dedicam aos mistérios da especialidade por conta própria, continuando a viver de sua clínica, sem depender de emprego, é grande, segundo revela o Serviço Nacional de Recenseamento.

No último censo demográfico, de 1950, classificaram-se nas profissões liberais nada menos de 3.531 médicos paulistas, contando-se ainda 4.782 dentistas e 74 veterinários. Ao todo, registraram-se no Estado 5.996 médicos em atividade, seguindo-se

A mais recente via de absorção da penicilina
(RÁPIDA, TOTAL E CONTROLÁVEL)

PENSULAC

— Supositórios de penicilina —
(para adultos e crianças)



INDICAÇÕES TERAPEÚTICAS:

O *Pensulac*, supositórios de penicilina, tem as mesmas indicações da penicilinoterapia via parentérica ou oral:

A) COM OBJETIVO TERAPEÚTICO:

- 1 — Infecções por germes susceptíveis à penicilina, em adultos ou crianças, especialmente em:
 - a) estafilococias (furúnculos, antraz, osteomielite, feridas infectadas, abscessos, empiema, meningite);
 - b) estreptococias (anginas, empiema, celulite, mastoidite, meningite, peritonite, infecção puerperal);
 - c) pneumococias (pneumonia, pleurite, endocardite, peritonite, meningite);
 - d) gonococias, (blenorragia, epididite, proctite, vulvo-vaginite, celulite pélvica, peritonite, artrite, endocardite, oftalmia);
 - e) infecções mistas por associação de germes piogênicos (bronquites, bronco-pneumonias, pneumonias, sinusites, otites, uretrites, abscessos periluretrais, cistites, prostatites, pielonefrites);
 - f) infecções diftéricas e clostrídicas (como coadjuvante da soroterapia).
- 2 — Infecções do reto, abscessos anais e perianais, infecções da próstata e da vagina.

B) COM OBJETIVO PROFILÁTICO:

- 1 — Antes e após qualquer intervenção cirúrgica, especialmente em Proctologia, Ginecologia e Obstetria.
- 2 — Em infecções das vias respiratórias, a fim de impedir complicações por germes piogênicos.
- 3 — Nas amigdalectomias, extrações dentárias, febre reumática, amígdalas e dentes infectados, os supositórios *Pensulac* têm grande indicação, evitando as infecções secundárias.

FÓRMULA (Cada supositório de 1,50 contém):

Penicilina G cristalizada 300.000 U. Ox.
Excipiente especial q. s.

APRESENTAÇÃO:

Vidros com um supositório de 300.000 unidades Oxford.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE — Os supositórios de *Pensulac* podem ser empregados indistintamente em adultos e em crianças de qualquer idade.



LABORATÓRIO

MOURA BRASIL — ORLANDO RANGEL S. A.

Rua Marquês de São Vicente, 104 — Gávea — Rio de Janeiro

que 58% ainda são profissionais liberais.

Entre os dentistas, segundo aquela fonte, a proporção dos profissionais liberais eleva-se muito acima, atingindo 93%, ao contrario do que acontece entre os veterinários, dos quais apenas 23% enquadram-se nessa situação. A distribuição das três profissões pode ser observada no seguinte quadro:

PROFISSÕES	RAMOS DE ATIVIDADES		
	<i>Profissões Liberais</i>	<i>Atividades Sociais</i>	<i>Outros ramos</i>
Médicos...	3.531	2.037	428
Dentistas...	4.782	264	101
Veterinários	74	31	214

Fonte: Serviço Nacional de Recenseamento.

Dos médicos que não exerciam a profissão em consultórios particula-

res, a maioria classificou-se nas "atividades sociais". Os hospitais e casas de saúde, os "postos de saúde", as clínicas mantidas por instituições associativas ou beneficentes, são exemplos do que se entende, segundo o Serviço Nacional de Recenseamento, por "atividades sociais", com referencia à medicina e à odontologia. Em instituições dessa natureza trabalhavam 2.037 paulistas, um terço do total, mas apenas 264 dentistas, um vigésimo do total, e 31 veterinários, um décimo do total.

Os dentistas que não eram profissionais liberais, ou estavam nas "atividades sociais", já enumeradas, ou na administração publica. Os demais ramos de atividade ocupavam poucos odontólogos. Na administração publica, aliás, encontrava-se a maioria dos veterinários paulistas (157), ou cerca da metade dos especialistas em atividade. Nos casos apreciados pelo Serviço Nacional de Recenseamento são consideradas exclusivamente as pessoas que exercem as profissões aludidas como ocupação principal.

Centro de Estudos Benedito Montenegro

Instituição de um prêmio. — A atual Diretoria do Centro de Estudos Benedito Montenegro decidiu instituir um prêmio — "Prêmio Professor Benedito Montenegro" — que será distribuído, anualmente, ao melhor trabalho sobre "Cirurgia do Aparelho Digestivo".

O prêmio consistirá de diploma e da quantia de Cr\$ 10.000,00 (dez mil cruzeiros) e sua distribuição será feita pela Associação Paulista de Medicina, obedecendo aos mesmos dis-

positivos gerais que regem a distribuição dos outros prêmios conferidos por esta última, à qual competirá, também, a escolha da Comissão Julgadora.

Assim, o "Prêmio Professor Benedito Montenegro" será disputado, pela primeira vez, em 1954, encerrando-se em 31 de outubro, o prazo para a entrega dos trabalhos. A Secretaria da Associação Paulista de Medicina dará, aos interessados, informações complementares.

Livre-se de contrair a gripe, fugindo dos perdigotos.
Mas também evite propapá-la lançando perdigotos
sobre os outros. — SNES.

QUANDO A VIDA ESTÁ POR UM FIO



A experiência, o saber, a destreza que permitem a um cirurgião salvar vidas humanas, merece somente as melhores "Suturas"; este fio tão fino que significa "VIDA OU MORTE".

As Suturas, Davis & Geck, "Timed Absorption" oferecem:

- a) Resistência altamente obtida.
- b) Segurança do nó.
- c) Tempo de absorção calculado.
- d) Facilidade de manejo.
- e) Reação mínima ao trauma.
- f) Esterilidade absoluta.
- g) Entrega em tubos previamente esterilizados.

APRESENTAÇÃO: com e sem agulha atraumática, especialmente designada para cada uso cirúrgico especificado.

Davis & Geck, Inc.

A UNIT OF AMERICAN CANTHARID COMPANY

One Casper Street, Danbury, Connecticut, U.S.A.

Agentes Exclusivos para o Brasil

IMPORTADORA CHIORBOLI CIRÚRGICA LTDA.

Rua Senador Paulo Egídio, 34 - 3.º and. S/s. 36/37. Fone 32-3238 São Paulo, Brasil

Sociedade Brasileira de Proctologia

Eleição de nova diretoria. — Foi eleita a nova diretoria para reger os destinos da Sociedade Brasileira de Proctologia durante o corrente ano a qual ficou assim constituída: presidente, dr. Adalberto Leite Ferraz, de São Paulo; vice-presidente, dr. Horacio Carrapatoso, do Distrito Federal; secretário geral, dr. Saulo Moura Costa, de São Paulo; 1.º secretário, dr. Aloisio de Mendonça, de Santos; 2.º secretário, dr. Illydio Sauer, do Distrito Federal; tesoureiro,

dr. Waldomiro Nunes, de São Paulo.

O Conselho Executivo da entidade foi constituído pelos drs. Edmundo de Paula Pinto, de Belo Horizonte; Brasil Filho e Raul Ribeiro da Silva, de São Paulo.

O Conselho da Revista, ficou assim constituído: dr. Silvio d'Avila, Manoel F. Garcia, Anibal e Mauro Ferraz, do Distrito Federal; e José Avelino de Freitas, de Minas Gerais.

LITERATURA MÉDICA

Livros recebidos

Citomorfológica e Funzione del Plasmocita. — (Renato Curletto). O A. inicia seu trabalho com a citação expressa de Giraud e Dazal de que "O plasmocito continúa sendo ainda em nossos dias uma célula enigmática, cuja origem e funções são muito discutidas".

Realmente, através dos tratados de citologia percebe-se ainda tal estado de incerteza. Nos processos inflamatórios crônicos, os plasmocitos quasi sempre aparecem acompanhados de linfocitos; daí a dedução por parte de alguns A.A. de que destes, quando sujeitos a uma irritação, se originem áqueles. Em certos granulomas aparecem em abundância, como nos sífilomas; em outros, como nos tuberculomas, quasi não se nota sua presença. Julga-se que sejam destituídos do poder de ameboismo e, conseqüentemente, do da fagocitose, discutido-se ainda sua verdadeira função.

O mérito do presente trabalho está na contribuição, sem dúvida valiosa, da parte do A., que assim vem elucidar essa dupla questão: qual a origem, qual a função do plasmocito? Quanto a sua origem, o A. aceita a opinião de citologistas hodiernos que fazem do S. R. E. derivar o plasmocito, contribuindo por sua vez com uma documentação bem

demonstrativa. Nesse sentido, valeu-se o A. de material proveniente de animais de laboratório e de material humano, dando preferência a determinados casos em que geralmente se manifeste uma hiperplasia plasmocelular, como se pode observar em diversos processos inflamatórios crônicos (leismaniose, linfogranuloma benigno, etc. Etese meio de pesquisas permitiu ao A. documentar a existência de várias formas de transição entre histiocito, que é elemento mesenquimal indiferenciado e pluripotente, e o plasmocito (plasmoblasto, proplasmocito e plasmocito).

A questão que se relaciona com a função do plasmocito, já de per si bem complexa, mereceu do A. exposição mais extensa e minuciosa, para isso, o A. passa a examinar separadamente aspectos citoplasmáticos e nucleares que o plasmocito apresenta no desempenho de sua função. Do exame do conjunto dos elementos morfológicos assim coligados, o A. conclue que o plasmocito é uma célula dotada de elevada dignidade funcional, orientada, de acôrdo com vistas hodiernas, para a plasmoprotidopoiese, em outros termos, para a inticorpopoiese.

E' digno de nota a extensa bibliografia consultada pelo A.

ACTH — Sus indicaciones terapéuticas. — Asociación Médica del Hospital Rivadavia. Argentina' — 1953.

Trata esse livro dos trabalhos realizados durante as 2as. Jornadas Extraordinarias, nos dias 28, 29 e 30 de julho de 1953.

Livro de 340 páginas, estudam nêles os relatores, desenvolvidamente, o uso do ACTH, as suas indicações em clínica médica, em cirurgia, na dermatologia, endocrinologia e sistema nervoso; na pediatria, nas enfermidades alérgicas e de outras índoles.

Tema abordado por um grupo de relatores de responsabilidade, sob o patrocínio e a égide de uma Sociedade Médica Científica é obra de divulgação científica de grande valor.

Contribuição para o estudo do tratamento cirúrgico dos aneurismas arteriais dos membros. — Dr. Otavio Martins de Toledo, 1953. Tese de

Concurso para Docência-Livre de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, constitui esse excelente trabalho, no dizer do próprio Autor, "não uma revisão da literatura sobre o assunto, não visando o estudo global, nem a discussão do tratamento dos aneurismas arteriais em geral, mas apenas uma contribuição para o estudo do tratamento cirúrgico dos aneurismas arteriais dos membros, baseada no método adotado no Serviço do Prof. Corrêa Neto, apoiado em 22 casos operados pelo Autor.

Aborda entretanto o Autor, com autoridade e completo conhecimento do assunto, o esboço histórico, a classificação dos métodos cirúrgicos, a literatura, o tratamento cirúrgico adotado no Serviço nos aneurismas arteriais dos membros, preenchendo uma centena de páginas com excelentes clichés fotográficos e radiográficos, além de vasta bibliografia.

Separatas e folhetos recebidos

Acute surgical conditions of the abdomen. — By Arnold S. Jackson, M. D. Madison, Wisconsin. Reprinted from The Journal of the Michigan State Medical Society. Vol. 49, pages 64-67, January, 1950.

A doença trombo-embólica, seu desenvolvimento, diagnóstico e tratamento. — Por Gunnar Bauer, Chefe do Hospital Municipal em Mariestad, Vitrum, Estocolmo, Suécia 1949.

Alteraciones anatomofuncionales del hígado en la oclusión del colédoco. — Br. V. Artigas. Publicado en Medicina Clínica, Año II — Tomo III, n.º 3, págs. 215 a 223 — septiembre, 1944. Barcelona — Espanha.

Amino ácidos e extratos alérgicos de cristalino na cura da catarata. — Pelo Dr. José Bresser da Silveira. Separata dos Arquivos Brasileiros de Oftalmologia, setembro de 1953.

Antistaminici ed isteroneurosi. — Dott. W. Ronchi. Estrato da Mese

Sanitário, Anno III, n.º 4, aprile de 1951. Edizioni Farmaco Merano — Milano.

Antrax de hígado. — Dr. V. Artigas. Trabajo publicado en la Revista Española de las Enfermedades del Aparato Digestivo y de la Nutrición, tomo XI, mayo-junio 1952, n.º 3.

Apparecchio per la perfusione continua endoarteriosa (o arterioclisi). — Dott. Mario Negri, Aiuto e docente, Dott. Guido Castrini, Assistente, Estratto da Minerva Chirurgica — Ano V, n.º 4, (15 Febbraio 1950). Torino, Itália.

A propósito del diagnóstico clínico y radiológico de las fistulas pancreáticas externas. — Dres. F. Gallart-Monés y A. Gallart-Esquerdo. Comunicación presentada al Primer Congreso de la Asociación Europea y Mediterránea de las Sociedades Nacionales de Gastroenterología, Lausana (Suiza), 23-25 julio 1948.

Balanço e Relatório da Sociedade de Beneficência em São Paulo, Hospital Nossa Senhora Aparecida e Casas de Saúde Matarazzo. Atividades da Sociedade e do funcionamento do Hospital Nossa Senhora Aparecida, das Casas de Saúde Francisco Matarazzo, Ermelino Matarazzo e Maternidade Condessa Filomena Matarazzo. Exercício de 1949.

Bibliografia e Título Científicos, Prof. Dr. Costa-Sacadura. Da Academia das Ciências e da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa. Do Instituto de Coimbra, etc. Lisboa, 1951.

Cáncer del canal del ano en un adolescente de quince años. — J. Barbera Voltas — A. Gallart-Esquerdo. Publicado en Medicina Clínica. Año III, Tomo V, n.º 6, Págs. 430 a 433 — Dicbre, 1945. Barcelona. Espanha.

Cistoadenomas del páncreas. — Dr. A. Gallart Esquerdo. Trabajo publicado en la Revista Española de las Enfermedades del Aparato Digestivo y de la Nutrición, tomo XI, mayo-junio 1952, n.º 3.

Cistovesiculografia simultanea. — Dr. A. Puigvert. Publicado en Archivos Españoles de Urologia. Tomo IV, num. 2. Madrid, Outubro de 1947.

Comentarios a dos casos de hemorragia gástrica de origen esplénico. — Doctores J. Pi-Figueras y V. Artigas. Trabajo publicado en la Revista Española de las Enfermedades del Aparato Digestivo y de la Nutrición, tomo I, marzo-abril de 1952, n.º 2.

Diagnóstico del cáncer del colon. — A. Gallart-Esquerdo. Publicado en

Medicina Clínica, Año X — Tomo XVIII — n.º 3, págs. 149 a 159, marzo de 1952. Barcelona, Espanha.

Di una medicazione fisiológica della sindrome da fatica nell'atleta. — Dr. Walter Ronchi e Dr. Luciano Novi. Estratto da "Studi di Medicina e Chirurgia dela Sport" Fasc. IV, Aprile 1953. Roma.

Il Trattamento chirurgico delle grandi emorragie da ulcera gastroduodenale. — Relazione del Prof. Giovanni Cavina. Chirurgo-Direttore dell'Ospedale di S. Giovanni di Dio in Firenze. Bolletino e Memorie Della Società Tosco-Umbra Di Chirurgia. Vol. XIII, fasc. III. Firenze.

La estenosis del hepatocolédoco por esclerosis. — Enfermedad postcolectomía. — J. Pi-Figueras, V. Artigas, H. Palazzi. Publicado en Medicina Clínica, Año IX, Tomo XVII, n.º 5, Págs. 306 a 308, novembro de 1951. Barcelona. Espanha.

El síndrome doloroso temporal del colecistectomizado. — Dres. V. Artigas Riera y P. Anfréas Torras. Instituto Corachan. Barcelona 1952.

Gli antistaminici di sintesi nella sindrome premenstruale. — Estratto da Mese Sanitario. Anno IV, n.º 2, Febbraio 1952. Edizioni Farmaco Merano — Milano.

Granulomas gástricos inespecíficos. — Dres. Vicente Artigas, José Rubio y Pio Anfrés. Aparato de la "Revista Española de las Enfermedades del Aparato Digestivo y de la Nutrición. Tomo IX, n.º 5, 1950.

Apresentações

Orientação do tratamento das úlceras do estômago e do duodeno. — Eurico Branco Ribeiro publica ("Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia", março de 1953) o resumo de uma conferência em que expôs a sua opinião, baseada em larga vida de médico e cirurgião. E' como segue:

— De muito que médicos e cirurgiões vêm discutindo as vantagens e desvantagens dos tratamentos que preconizam e o fato de não se ter chegado, até agora, a uma unidade de pontos de vista é a prova de que ainda não apareceu um medicamento realmente eficiente na cura das



Synkavit

Vitamina K hidrossolúvel

Dispensa a administração conjunta de sais biliares, pode ser administrado por via endovenosa, é indolor por via intramuscular. Fácil absorção

Ampolas — Comprimidos

úlceras do estômago e do duodeno e a própria cirurgia ainda ando ensaiando novos processos, na esperança de contornar uma dúzia de porcentos de resultados pouco satisfatórios da ressecção gástrica.

O ideal, sem dúvida, seria curar a úlcera sem levar o doente à mesa operatória. Isso, entretanto, poucas vezes se consegue. E por que isso às vezes se consegue, torna-se regra o tratamento clínico de todo ulceroso recente.

Para se atingir o almejado objetivo, é preciso ter-se em mente a inegável influência do sistema nervoso na etiologia da úlcera. Sabido que o estado emocional e as perturbações nervosas locais são capazes de acarretar transtornos na secreção e na motilidade gástrica, ligadas ao aparecimento e manutenção da úlcera, cumpre agastar o doente das suas preocupações profissionais, de suas dificuldades de vida, de seus aborrecimentos familiares. Mais vale, a nosso ver, o descanso espiritual do que o repouso físico, aconselhado, com tanta insistência, por certos clínicos. A mudança do gênero de vida, para outro mais suave, uma longa viagem de recreio, a estadia demorada em ambientes bem diversos do que aquele em que vive, isto é: o afastamento do doente, por tempo prolongado, das suas preocupantes actividades contribui eficazmente para a cicatrização da sua úlcera.

Menor importância se deve conferir à dieta. O uso prolongado de uma dieta rígida, principalmente daquela dos clássicos de ontem, que não atendia às necessidades calóricas e nutricionais do indivíduo, pode conduzi-lo a um enfraquecimento progressivo, sem dúvida danoso para o seu estado de saúde. Na guerra civil da Espanha, quando Madrid se achava cercada e com falta de alimentos verificou-se que o uso da carne seca contribuiu para a recuperação rápida de doentes que não se haviam curado com as dietas suaves dos processos clássicos.

Os medicamentos antigos e modernos se equivalem no tratamento auxiliar das úlceras do estômago e do duodeno. Tanto o bismuto, os hor-

mônios, a beladona, os anti-ácidos como a Banthine apresentam resultados apreciáveis e insucessos retumbantes. Se, de regra, produzem a acalmia e regressão da crise cíclica, muitas vezes se mostram inactivos e, não raro, apresentam inconvenientes que impõem a mudança de tratamento. Esses fatos são frequentemente observados e servem de base para a argumentação dos cirurgiões em favor da sua intervenção armada.

Além do insucesso do tratamento clínico, certas circunstâncias são impeditivas do tratamento cirúrgico, não havendo discrepância de opinião entre clínicos e operadores. São os casos das hemorragias graves e das hemorragias recidivantes, que ameaçam a vida do ulceroso. São os casos da estenose cicatricial do bulbo duodenal, estabelecida à custa do tecido fibroso que se forma na reparação dos sucessivos surtos ulcerosos. São os casos de localização na zona motora do estômago, onde a transformação cancerosa ou a enxêrta de um blastoma apresentam elevada percentagem. São os casos das perfurações em peritôneo livre, nos quais a ação salvadora da cirurgia pode ser de aspecto dramático e nos quais o tratamento conservador pela aspiração contínua, além de exigir uma assistência permanente por profissional capaz de discernir o momento justo em que o processo se torna ineficiente, já tem apresentado muitos e lamentáveis insucessos, de sorte a limitar a sua aplicação aos ambientes em que haja condições favoráveis para tentar a cura operatória. São ainda, os casos da chamada indicação social, diante de indivíduos que não se poderiam afastar por muito tempo de suas ocupações profissionais, em virtude de necessitarem do trabalho para manutenção própria e da família e que, com o tratamento cirúrgico, dentro de 45 a 60 dias estariam reintegrados nas suas actividades costumeiras.

Quanto à orientação do tratamento operatório, a conduta mais aconselhável é a ressecção ampla, seguida de gastro-jejunoestomia ante ou retrocólica. A gastro-enterostomia simples, sem ressecção, que es-

A experiência desvendou a sinergia funcional do grupo vitaminico β .
Reunir seus elementos racionalmente é forjar arma segura contra os estados carenciais deste complexo.



Para a HIPERTENSÃO ARTERIAL :

PHYTOSAL

Medicamento à base de

SULFOCIANATO DE POTÁSSIO

associado a :

Cratægus oxiacantha,
sedativo e antiespasmódico;

Passiflora quad.,
que reforça a ação do *Cratægus*;

Extrato de pâncreas desinsulinizado,
de reconhecida ação vasodilatadora.

É a medicação indicada em todos os tipos da Hipertensão, na Arterio-esclerose, nas Cardiopatias hipertensivas, nos Acidentes vasculares e cerebrais das Hipertensões.

VIDROS DE 30 cm³.



Tratamento da HIPERTENSÃO ARTERIAL
e suas manifestações :

NOROFILLINA

(TEOFILINA-ETILENDIAMINA)

VIA ENDOVENOSA

VIA ORAL

Norofillina sem glicose :

empôlas de 10 cm³.

24 ctgs. de teofillina-etilendiamina por empôla.

Norofillina com glicose :

empôlas de 10 cm³.

3 empôlas de teofillina-etilendiamina 24 ctgs. cada.

3 empôlas de sôro glicosado hipertônico a 30%.

Norofillina comprimidos :

tubos com 20 comprimidos de 0,10 ctgs. de teofillina-etilendiamina.

A Norofillina pode ser usada só ou misturada com sôro glicosado.



LABORATÓRIO

TERÁPICA PAULISTA S/A.

RUA FERNÃO DIAS, 82 — SÃO PAULO

tava praticamente abandonada nos centros de maior experiência gástrica, foi ultimamente de novo focalizada, no empenho de corrigir os inconvenientes da vagotomia e juntamente com esta vem sendo experimentada no tratamento da úlcera duodenal. Outro recurso recentemente ensaiado para corrigir os inconvenientes da vagotomia é a frenicotomia ou a frenicotropia concomitante, do lado esquerdo, com a finalidade de, elevando o hemidiafragma, elevar também o fundo gástrico e com isso evitar a estase que a secção dos nervos vagos determina. São corretivos a um método que já tem produzido lastimáveis consequências e que está fadado ao mesmo abandono que já se conseguia dos seus primeiros insucessos de trinta anos atrás. (Transcrito da Revista "Portugal Médico". Vol. XXXVII, n.º 7, julho de 1953).

Patologia y Clínica Ginecológica. — Julio Manuel Morales — (Libreria y Editorial "El Ateneo". Buenos Aires, 1951). — Professor da Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade de Assunção - Paraguay o Dr. Julio Manuel de Morales, nesse tratado de Patologia e Clínica Ginecológica descreve de maneira metódica e explícita os mais importantes conhecimentos, sobre o assunto, constituindo esse livro um esplendido manancial de completos ensinamentos para médicos e estudantes de medicina. Considerando que toda a terapêutica racional exige uma sólida base fisiopatológica clínica do sistema, procura instituir uma conduta terapêutica particular em cada caso, condenando os tratamentos sistematizados. Com cerca de 500 páginas, apresenta inúmeros clichés e larga documentação gráfica original, enriquecendo assim a literatura médica latino-americana.

Evite o abuso de alimentos gordurosos e adote alimentação adequada ao clima do país. — SNES.

**Maior
SENSIBILIDADE
para mãos que salvam**



**Luvas cirúrgicas
MUCAMBO**

- ★ Tato perfeito para o toque cirúrgico
- ★ Maior elasticidade
- ★ Resistem a muitas esterilizações



Esija no punho a
marca de garantia



Produzida por Artefactos de Borracha Mucambo Ltda., com sede à Rua Miguel Calmon, 12 - Salvador - Bahia

Representantes:

A. Martins Garrido

Rio: R. Sen. Dantas, 76 - s/207 - Tel. 22-0626

Lucien Oppenheim

S. Paulo: R. S. Bento, 309 - s/17 - Tel. 32-1674

A venda nas farmácias e casas do ramo

RECORD 13.002

1016M



DIVERMIL

COMBATE TODAS AS VERMINOSES SEM PERIGO

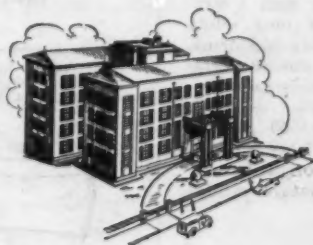
QUENOPÓDIO ATÓXICO
POR ADSORÇÃO

ADULTOS: 12 CAPSULAS
CRIANÇAS: 1 CAPSULA
PARA CADA ANO DE IDADE

LABORATÓRIO GROSS - RIO DE JANEIRO

SANATÓRIO SÃO LUCAS

Instituição para o Progresso da Cirurgia



RUA PIRAPITINGUI, 114 — TELEFONE: 36-8181

Peça informações sobre o "Estágio de aperfeiçoamento"
mantido pelo Sanatório São Lucas

INSTITUTO RADIOLOGICO "CABELLO CAMPOS"

Radiodiagnóstico e Radioterapia

Diretor: Dr. J. M. CABELLO CAMPOS

(Do Colégio Brasileiro de Radiologia)



RUA MARCONI, 94 - 2.º andar - Telefone 34-0655
SAO PAULO

EXCERPTA MÉDICA

Revista internacional de resumos dos últimos trabalhos
publicados na literatura médica mundial.



Publica mensalmente um volume de cada uma das seguintes especialidades:

- | | |
|---|-------------------------------------|
| I - Anatomia, Embriologia e Histologia. | VIII - Neurologia e Psiquiatria. |
| II - Fisiologia, Bioquímica e Farmacologia. | IX - Cirurgia. |
| III - Endocrinologia. | X - Obstetrícia e Ginecologia. |
| IV - Microbiologia e Higiene. | XI - Oto-rino-laringologia. |
| V - Patologia Geral e Anatomia Patológica. | XII - Oftalmologia. |
| VI - Medicina Geral. | XIII - Dermatologia e Venereologia. |
| VII - Pediatria. | XIV - Radiologia. |
| | XV - Tuberculose. |



Pedidos de assinatura para:

III, KALVERSTAAT - AMSTERDAM C. - HOLANDA

DISTONEX



para o



Equilíbrio vago-simpático



LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 376 - Telefone, 34-4572 - São Paulo